



Salute mentale nell'infanzia: sensibi- lizzazione e ricono- scimento precoce

Informazioni specialistiche indirizzate ai
pediatri e ai medici di famiglia

Un progetto comune dei Dipartimenti Psicologia applicata e Salute, finanziato dall'UFSP

Indice

1. Promuovere la salute mentale	3
1.1 Rafforzare la salute mentale – aspetti cruciali e consigli	
1.2 Frequenza dei disturbi psichici durante l'infanzia	
2. Riconoscimento precoce di disturbi psichici	7
2.1 Disturbi d'ansia	
2.2 Depressione	
2.3 Strumenti di screening	
2.4 Trattamento specialistico	
3. Maggiori informazioni	13
4. Bibliografia	14

Questo opuscolo è rivolto ai pediatri e ai medici di famiglia che si occupano di bambini in età scolastica dai 6 ai 12 anni. Esso contiene informazioni sulla promozione della salute mentale e sul riconoscimento precoce dei disturbi psichici nei bambini.

1. Promuovere la salute mentale

«La salute mentale è uno stato di benessere in cui una persona può realizzarsi, superare le tensioni normali della vita, lavorare in maniera produttiva e fornire un contributo alla sua comunità» (1).

Molti disturbi psichici si sviluppano già durante l'infanzia e l'adolescenza: si stima che il 10-20 per cento dei bambini e degli adolescenti presentino sintomi subclinici o clinicamente marcati. Questi disturbi spesso permangono fino in età adulta, gravano sulla persona interessata e il suo ambiente e possono generare ingenti costi indotti. Per questo motivo, il rafforzamento della salute mentale e il riconoscimento precoce dei disturbi psichici già durante l'infanzia rappresentano un compito cruciale per la sanità pubblica. I pediatri e medici di famiglia sono i professionisti più consultati in ambito familiare il loro lavoro di screening di base rappresenta un elevato potenziale di prevenzione. Questo opuscolo indirizzato ai pediatri e ai medici di famiglia insieme al pieghevole informativo/formativo rivolto ai genitori nascono dall'opportunità di anticipare il più possibile l'evidenza di eventuali disturbi psichici nei bambini. Fornendo informazioni sul rafforzamento della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, queste pubblicazioni intendono aiutare i medici a sensibilizzare e richiamare l'attenzione dei genitori sul tema in un modo facilmente accessibile per i familiari.

1.1 Rafforzare la salute mentale – aspetti cruciali e consigli

Il pieghevole informativo «Come posso rafforzare la salute mentale di mia figlia e mio figlio?», rivolto ai genitori di bambini dai 6 ai 12 anni, include dieci consigli utili per favorire la salute mentale. In qualità di specialisti, potete utilizzare questo pieghevole per introdurre il tema del benessere psichico dei bambini con i genitori e sensibilizzarli al riguardo. Per gli adolescenti è stata invece realizzata la brochure informativa/formativa «Abbi cura di te».

In linea di principio, la salute mentale dei bambini viene promossa rafforzando le loro risorse e i loro fattori di protezione interni ed esterni. Per i bambini già esposti a diversi fattori di rischio, si raccomanda di puntare, oltre che sul rafforzamento delle risorse, anche sulla riduzione di tali fattori (2). È consigliato chiedere concretamente ai genitori di gruppi vulnerabili (p. es. famiglie monoparentali, persone affette da malattie psichiche) di quale sostegno hanno bisogno, dato che essi, forse per pudore, potrebbero non ammettere spontaneamente di sentirsi sopraffatti dalle esigenze dei bambini e degli adolescenti.

Alcuni aspetti che incidono negativamente sulla salute mentale dei bambini sono difficili o impossibili da influenzare (p. es. povertà, bassa estrazione socioeconomica, malattie dei genitori ecc.), mentre su altri, enumerati qui di seguito, è possibile incidere maggiormente. Il pieghevole informativo per i genitori illustra alcuni fattori tratti dalla letteratura scientifica sulla resilienza, la psicologia positiva e le competenze di vita (3) secondo l'OMS, ponendo l'accento sugli aspetti che possono essere influenzati dai genitori e per i quali è possibile fornire consigli concreti. La tabella qui di seguito elenca dieci fattori di protezione e fornisce consigli e suggerimenti per consolidare tali fattori e verificare la loro presenza.

Il pieghevole informativo «Come posso rafforzare la salute mentale di mia figlia e mio figlio?» domande utili

Per farsi un'idea di come sta il bambino e valutare di quali risorse dispone, è utile formulare domande relative a questi fattori di protezione. È possibile porle sia al bambino che ai genitori, ma in ogni caso è importante tenere conto dell'esperienza personale del bambino, la cui percezione di sé può essere diversa dalla percezione esterna dei genitori, soprattutto in caso di disturbi internalizzanti (4). Nella tabella seguente figurano alcune proposte di domande ai genitori, formulate in analogia ai suggerimenti contenuti nel pieghevole informativo «Come posso rafforzare la salute mentale di mia figlia e mio figlio?». È possibile adattare tali quesiti in funzione del fatto che siano rivolti al figlio* o ai genitori, per esempio ai genitori: Quali sono i punti di forza di vostro figlio? al bambino: Cosa sai fare particolarmente bene?

Fattori di protezione	Descrizione	Domande ai genitori e al bambino
Autostima (self-esteem) Risorse interne	Valore che si attribuisce alla propria persona. Assume grande importanza a sapersi accettare con i propri punti di forza e le proprie debolezze. L'autostima deriva dal contesto sociale, dal sentirsi importante, necessario e dalla consapevolezza di poter incidere sul contesto sociale/scolastico/familiare. Una buona autostima è un importante fattore di protezione per la salute (2, 5).	<ul style="list-style-type: none"> • Quali sono i punti di forza di vostro figlio? • Sottolineate questi pregi: «Trovo fantastico che tu ...» o «Sei particolarmente bravo a...». • Vostro figlio capisce che a volte anche le critiche sono importanti? Come riuscite a spiegarglielo? Fare errori non è un segno di debolezza; le critiche possono aiutarci a migliorare. • Quando/come fate capire a vostro figlio: «ti vogliamo bene così come sei» e «non devi essere meglio di altri per essere una persona di valore»? • Dimostrate il vostro apprezzamento quando vostro figlio si sforza di ottenere qualcosa? Come festeggiate insieme i piccoli progressi?
Capacità di risolvere i problemi Risorse interne	Capacità di affrontare in maniera costruttiva problemi o sfide in diversi ambiti di vita. Ciò include ad esempio l'apprendimento di apposite strategie o la scomposizione di un problema più grande in passi più piccoli (3,6).	<ul style="list-style-type: none"> • Come agisce vostro figlio di fronte a un problema? • Vostro figlio sa dove può ottenere aiuto? • Lasciate che vostro figlio risolva dei problemi da solo? Aiutate solo quando è necessario, ad esempio stabilendo insieme piccoli passi fattibili da compiere? • Anche se è difficile, ricordate che vostro figlio imparerà dagli insuccessi. Aiutatelo a riprovarci ancora: vostro figlio deve imparare a non arrendersi troppo presto.
Autoefficacia (self-efficacy) Risorse interne	Valutazione personale della propria competenza e convinzione soggettiva di essere capaci di realizzare o imparare qualcosa. Nel concetto di salutogenesi*, l'autoefficacia è correlata al senso di coerenza (2,7).	<ul style="list-style-type: none"> • Vostro figlio ha dei compiti per cui è responsabile, ad esempio nel campo delle faccende domestiche? • Quali sono le cose o i compiti che vostro figlio è in grado di svolgere autonomamente? Per esempio cucinare o riparare qualcosa, occuparsi dell'animale domestico, aiutare qualcuno o realizzare qualcosa da solo. • Le esperienze gratificanti sono importanti perché dimostrano al bambino: posso influenzare la realtà!
Ottimismo Risorse interne	Avere aspettative positive nei confronti degli sviluppi futuri. Cogliere gli aspetti positivi della vita e considerarla un dono, avere una prospettiva e uno sguardo positivi. Un atteggiamento ottimista aiuta ad andare avanti nelle situazioni difficili (2,8,9).	<ul style="list-style-type: none"> • Aiutate vostro figlio a sviluppare una visione positiva anche dopo esperienze negative? Gli trasmettete la convinzione che dopo momenti difficili torneranno tempi migliori? • Parlate con vostro figlio degli eventi accaduti durante la giornata e raccontate entrambi cos'è andato bene e cos'è andato storto? Un rituale serale può aiutare a chiudere la giornata in bellezza e a godere di un buon sonno ristoratore. • Incoraggiate vostro figlio a scrivere o disegnare ogni giorno una bella esperienza, ad esempio in un diario? • È possibile esercitarsi ad avere un atteggiamento ottimista.
Regolazione emotiva Risorse interne	Capacità di percepire, riconoscere e gestire adeguatamente le emozioni. È possibile apprendere diverse strategie per la regolazione emotiva. Un importante elemento necessario per la regolazione emotiva è ad esempio il controllo degli impulsi (9,10).	<ul style="list-style-type: none"> • Prestate attenzione alle emozioni di vostro figlio? Date loro un nome, ad esempio: «può darsi che tu sia triste/arrabbiato/deluso?». • Vi mostrate interessati e fate domande se vostro figlio vi racconta una situazione difficile? • Pensate insieme a delle strategie per aiutare vostro figlio a gestire le proprie emozioni? Se è triste, ad esempio può fare le coccole con i genitori o con un peluche oppure distrarsi. • Date il buon esempio dicendo apertamente cosa provate? Spiegate le vostre emozioni e come riuscite a gestirle in maniera costruttiva? I bambini copiano molti modelli di comportamento dai genitori.

Fattori di protezione	Descrizione	Domande ai genitori e al bambino
Rilassarsi Risorse interne	Periodo in cui il bambino può decidere liberamente cosa fare e in cui ha tempo per sé stesso. Avere abbastanza tempo per rilassarsi aiuta a rimanere equilibrati e ad affrontare meglio le situazioni di stress (9).	<ul style="list-style-type: none"> • Quali attività aiutano vostro figlio a rilassarsi (p. es. leggere o ascoltare musica)? • Ogni giorno, vostro figlio ha un po' di tempo per tenersi occupato da solo e rilassarsi? • Anche oziare è un'attività importante, perché aiuta a superare meglio periodi stressanti.
Clima familiare Risorse esterne	Atmosfera che regna tra i membri della famiglia. Un clima familiare positivo è considerato una risorsa per i figli. Ciò include la percezione della famiglia come sostegno e risorsa affidabile e la possibilità di creare una sensazione di sicurezza e di fiducia. Anche persone di riferimento affidabili al di fuori della famiglia possono fornire un contributo in tal senso (2,11).	<ul style="list-style-type: none"> • Vi prendete regolarmente del tempo per fare qualcosa di bello con vostro figlio, come madre o padre o insieme quali genitori? • Chi decide le cose da fare? Decidete insieme o fate decidere a turno un membro della famiglia le attività da svolgere insieme? • Risolvete i conflitti tra i membri della famiglia in modo equo, ascoltando tutti e motivando le decisioni? • Date una organizzazione alla vita di tutti i giorni? Ritualizzate giornaliere come ad esempio un pasto in comune danno un senso di sicurezza; non occorre sempre una gita speciale.
Amicizie/ sostegno sociale Risorse esterne	Persone di riferimento della stessa età (amici) o altre persone di riferimento al di fuori del nucleo familiare (p. es. parenti, docenti, responsabili di associazioni). Beneficiare di un sostegno sociale da parte di amici e persone di riferimento costituisce una risorsa importante. La qualità delle relazioni è più importante della quantità di amici e persone di riferimento (2,11).	<ul style="list-style-type: none"> • I buoni amici si prendono cura uno dell'altro/a, si rispettano, accettano le libertà dell'altro/a e fanno cose che piacciono a entrambi/a tutti. • Chiedete a vostro figlio quali sono gli amici che hanno un'influenza positiva su di lui? Spiegate cosa possono fare i bambini per stringere e coltivare buone amicizie? • Date la possibilità a vostro figlio di incontrarsi con altri bambini (p. es. per un hobby in comune all'aria aperta o a casa)?
Natura Risorse esterne	Include piante, animali, corsi e specchi d'acqua, rocce. Diversi studi attestano che gli spazi verdi/la natura esercitano un influsso positivo sulla salute mentale dei bambini (12,13). Pertanto i bambini dovrebbero trascorrere regolarmente del tempo nella natura.	<ul style="list-style-type: none"> • Trascorrete regolarmente del tempo nella natura con vostro figlio (p. es. nel bosco o lungo un fiume)? • Cosa fate nella natura? Quali sono le attività che vostro figlio ama svolgere all'aria aperta?
Tenersi occupati senza Internet Risorse esterne	Attività senza l'utilizzo di media. Vari studi dimostrano una correlazione tra uso dei media durante l'infanzia e carenza di movimento, sovrappeso e qualità del sonno. Sono state individuate interdipendenze anche con disturbi psichici come dipendenze, depressioni e ansie, anche se in questi casi i rapporti di causa-effetto non risultano del tutto chiari (14-16). Ne consegue che occorre prevedere regolarmente dei «tempi offline» per svolgere altre attività, ad esempio a contatto con altre persone o nella natura. Sonno. I bambini dai 6 ai 12 anni dovrebbero dormire tra 9 e 12 ore al giorno (17). Circa un'ora prima di andare a dormire, tutti gli schermi dovrebbero essere spenti (18).	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilite degli orari in cui l'uso di media digitali (smartphone, tablet, computer portatile, televisione ecc.) non è consentito (p. es. prima dei compiti o durante i pasti)? • Vostro figlio consuma spesso media prima di andare a letto? • Vostro figlio dorme abbastanza? Quante ore? • Prestate attenzione a ciò che vostro figlio fa online? Gli chiedete quali app di giochi ama particolarmente e perché? Dimostrate un interesse aperto? • Stabilite dei periodi offline anche per voi stessi, per mostrare a vostro figlio che anche voi riuscite a rinunciare ai media digitali per un certo periodo?

* Naturalmente, stiamo parlando di figli e figlie.

** Salutogenesi: branca della scienza che si occupa di studiare le fonti della salute e i fattori che promuovono la salute, al contrario della patogenesi che indaga le origini della malattia. Nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, la salutogenesi rappresenta un approccio che si concentra sulla prevenzione delle malattie e la promozione della salute nonché sul rafforzamento delle risorse individuali e dei fattori di protezione. Il modello basilare della salutogenesi è stato elaborato da Aaron Antonovsky (19).

1.2 Frequenza dei disturbi psichici durante l'infanzia

Per quanto riguarda i disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti, occorre sempre tenere in considerazione anche l'età evolutiva.

«Un problema psichico nei bambini e negli adolescenti sussiste quando, rispetto all'età evolutiva, il comportamento e/o l'esperienza sono anomali e/o comportano un danno». (20)

Numerosi disturbi psichici si manifestano già in età precoce; secondo alcuni studi internazionali, tra il 10 e il 20 per cento dei bambini ne è affetto (21,22). Tra questi rientrano anche i bambini con sintomi subclinici che devono anch'essi venire seguiti con attenzione dai pediatri e dai medici di famiglia. Tra i problemi più comuni durante l'infanzia figurano i disturbi d'ansia e i disturbi esternalizzanti (22); durante l'adolescenza insorgono in misura crescente depressioni, abusi di sostanze e disturbi dell'alimentazione (22). In Svizzera i dati disponibili sulla prevalenza dei disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti sono piuttosto limitati (23), per cui non è possibile fornire cifre al riguardo per tutti i disturbi. L'unico studio rappresentativo, risalente al 1994, attesta un tasso di prevalenza semestrale del 22,5 per cento per la fascia d'età dai 6 ai 17 anni (24). In questo studio, l'11,4 per cento dei bambini soffriva di disturbi d'ansia, il 6 per cento di tic e il 5,3 per cento di deficit dell'attenzione/iperattività (24). Lo studio BELLA parte dell'indagine sulla salute dei bambini e degli adolescenti in Germania (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, [KiGGS]), ha analizzato dati dal 2009 al 2012. In questo studio, il 17,2 per cento dei bambini e degli adolescenti tra i 3 e i 17 anni mostrava evidenze di disturbi psichici significativi sotto il profilo diagnostico o clinico (25). Ulteriori disturbi frequenti in età infantile sono i disturbi depressivi, i disturbi ossessivi compulsivi e l'autismo (26–29). Nella prassi sono abbastanza frequenti anche i disturbi dell'adattamento: essendo pochi gli studi scientifici su tale argomento, mancano tuttavia dati aggiornati sulla prevalenza in materia (30).

Alcuni disturbi che emergono durante l'infanzia e l'adolescenza in seguito tendono a regredire, mentre altri hanno maggiori probabilità di persistere fino in età adulta. Tra questi ultimi figurano tra l'altro i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore, i disturbi ossessivi compulsivi e i disturbi del comportamento sociale (20).

I disturbi d'ansia e le depressioni rientrano tra i disturbi psichici piuttosto «silenti», che pertanto sono percepiti come meno evidenti o fastidiosi dalle persone di riferimento e specialmente dal contesto scolastico; ne consegue anche una minore probabilità di essere diagnosticati. Per tale motivo, nel presente opuscolo i disturbi d'ansia e le depressioni in età infantile sono descritti separatamente. A differenza di questo genere di disturbi, i disturbi ipercinetici, i tic e i disturbi del comportamento sociale si manifestano più marcatamente e dunque vi è meno pericolo che siano ignorati (31); tra le ragazze problemi quali un deficit dell'attenzione/iperattività sono tuttavia spesso diagnosticati tardi in quanto nel loro caso i sintomi tendono a essere meno evidenti. Rispetto ai bambini che non ne sono affetti, i bambini con disturbi psichici hanno una maggiore probabilità di soffrirne anche in età adulta. Il riconoscimento precoce e la cura di questi disturbi sono dunque fondamentali per ridurre le sofferenze e i costi indotti durante l'adolescenza e in età adulta. Come dimostrano vari studi, quanto prima iniziano i trattamenti, tanto migliore è la diagnosi a breve e lungo termine (29,32).

2. Riconoscimento precoce dei disturbi psichici

La valutazione dei disturbi o dei sintomi psichici nei bambini e negli adolescenti differisce, da quella operata negli adulti, per tre aspetti importanti (33):

- Nei bambini, la correlazione con la fase evolutiva è molto importante. I comportamenti che sono normali in un bambino piccolo in età più avanzata possono essere indici di un grave disturbo psichico.
- I bambini vivono nel contesto di un sistema familiare, che incide fortemente sui loro sintomi e sul loro comportamento: i figli di genitori con disturbi psichici hanno infatti maggiori probabilità di sviluppare a loro volta tali disturbi.
- I bambini spesso non dispongono delle facoltà linguistiche e cognitive per descrivere esattamente i propri sintomi. Per questo motivo, è importante che il medico osservi il bambino e chieda informazioni alla famiglia o alla scuola.

In molti casi i problemi dell'età evolutiva e del comportamento (p. es. peggioramento del rendimento scolastico, ritardi nell'apprendimento linguistico, deficit nelle competenze sociali) sono difficili da distinguere da quelli legati a un disturbo psichico. In questi casi, l'esame dovrebbe includere test formali dello sviluppo e test neuropsicologici, anche al fine di escludere eventuali diagnosi differenziali (33). Tra le possibili diagnosi differenziali in caso di problemi dell'età evolutiva e del comportamento possono figurare ad esempio le difficoltà di apprendimento dovute a un disturbo della letto-scrittura, a problemi cognitivi, a episodi di mobbing a scuola, a conflitti con il docente o a un contesto familiare difficile (p. es. divorzio, violenza, alcol). Nella diagnosi differenziale, in qualità di pediatri e medici di famiglia, la vostra valutazione è essenziale poiché conoscete bene il contesto in cui e' cresciuto e cresce il bambino.

Di seguito verranno descritti più in dettaglio i sintomi dei disturbi d'ansia e delle depressioni in età infantile.

2.1 Disturbi d'ansia

La manifestazione più frequente di un disturbo d'ansia nei bambini e negli adolescenti è probabilmente il rifiuto della scuola. A seconda delle cause, a tale proposito è possibile distinguere tra ansie da separazione, disturbi d'ansia sociale, ansie da esami e la fobia scolare in senso stretto (cfr. 34). In questi casi va sempre tenuta in considerazione la possibilità che il bambino sia vittima di mobbing a scuola o presenti una difficoltà di apprendimento. Problemi di questo genere possono anche condurre a un disturbo dell'adattamento (con sintomi d'ansia). Una volta eliminato il problema, spesso i bambini vanno nuovamente volentieri a scuola e si assiste una remissione dei sintomi.

Alcuni bambini si lamentano direttamente della propria paura utilizzando frasi quali:

- «Ho paura di non vederti mai più». (ansia da separazione)
- «Ho paura che gli altri bambini ridano di me». (disturbo d'ansia sociale)
- «Non posso andare a scuola perché ho il mal di pancia». (sintomi somatici)

In alcuni bambini, il disagio si nasconde dietro a disturbi somatici, il che può rendere più difficile individuare un possibile disturbo d'ansia sociale. I disturbi somatici originati da un disturbo d'ansia sovente si palesano con mal di pancia, nausea e mal di testa aspecifici. Diversi studi a lungo termine confermano che, in molti casi, i disturbi somatici dei bambini (soprattutto mal di pancia) sono causati da un disturbo d'ansia (35).

Durante l'infanzia e l'adolescenza, l'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10 distingue tra quattro disturbi d'ansia (36):

- disturbo ansioso da separazione dell'infanzia (F93.0)
- disturbo fobico dell'infanzia (F93.1)
- disturbo di ansia sociale dell'infanzia (F93.2)
- altri disturbi emozionali dell'infanzia (F93.8)

Disturbo	Sintomatologia	Criteri di esclusione	Durata
Disturbo ansioso da separazione dell'infanzia	Ansia eccessiva/irrealistica prima o durante una separazione dai genitori o da altre persone di riferimento strette.	Disturbo d'ansia generalizzata	Almeno 4 settimane
Disturbo fobico dell'infanzia	Reazione fobica spropositata, duratura e forte nei confronti di determinati oggetti, situazioni o animali da cui non deriva alcun pericolo.	Disturbo d'ansia generalizzata	Almeno 4 settimane
Disturbo di ansia sociale dell'infanzia	Ansia persistente in situazioni sociali con adulti o coetanei estranei. Grande soggezione, imbarazzo o anche timori eccessivi riguardo all'adeguatezza del proprio comportamento di fronte a estranei.	Disturbo d'ansia generalizzata	Almeno 4 settimane
Altri disturbi emozionali dell'infanzia	Apprensione eccessiva, immotivata o incontrollata connessa a vari ambiti di vita e situazioni: apprensione in relazione a questioni secondarie come la mancanza di puntualità, preoccupazione di essersi comportati nella maniera giusta, di essere abbastanza bravi a scuola o nello sport o di avere abbastanza amici.		Almeno 6 mesi

(rielaborazione da 31)

2.2 Depressione

Le depressioni rientrano tra i disturbi dell'umore. I disturbi depressivi sono caratterizzati da malumori depressivi o perdita del piacere, accompagnati da altri sintomi cognitivi, comportamentali o neurovegetativi che possono pregiudicare in misura significativa la capacità di funzionamento della persona interessata (ICD-11, cfr. 20). Tra i bambini e gli adolescenti, le depressioni figurano tra i disturbi più frequenti (37), ma raramente si manifestano da sole: spesso sono infatti associate a comorbidità, perlopiù disturbi d'ansia (20). Poiché dei sintomi depressivi possono presentarsi anche in caso di un disturbo dell'adattamento, di seguito verranno altresì illustrati i sintomi di questo genere di disturbo.

- Durante la prima infanzia, i sintomi depressivi possono manifestarsi sotto forma di inibizioni, ansie da separazione e apatia.
- Durante l'infanzia, i sintomi depressivi possono manifestarsi sotto forma di tristezza e pianto in reazione a un rifiuto dei genitori, isolamento sociale da familiari e amici, problemi nell'addormentarsi, disturbi dell'appetito, perdita di peso, peggioramento del rendimento scolastico, stanchezza, svogliatezza e passività.
- In alcuni bambini affetti da un disturbo depressivo, l'umore prevalente non è la tristezza, ma l'irritabilità, che può manifestarsi anche sotto forma di iperattività e di comportamenti aggressivi e antisociali (33).
- Solo in età infantile più avanzata emergono sintomi come una bassa autostima o sensi di colpa. Inoltre con il passare degli anni possono anche svilupparsi pensieri suicidali (20).

Per le depressioni e i disturbi dell'adattamento, i criteri diagnostici dell'ICD-10 non prevedono criteri specifici per i bambini.

Sintomi e durata dell'episodio depressivo secondo l'ICD-10:

Disturbo	Sintomatologia	Durata
Episodio depressivo	<p>Sintomi principali: depressione del tono dell'umore, perdita degli interessi e della capacità di provare piacere, riduzione dell'energia con aumentata affaticabilità (spesso anche solo dopo piccoli sforzi) e diminuita attività</p> <p>Sintomi supplementari: riduzione dell'attenzione e della concentrazione; riduzione dell'autostima e della fiducia in sé; idee di colpa e di inutilità; visione pessimistica del futuro; idee o atti di autolesionismo o di suicidio; disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito</p>	Almeno 14 giorni

È possibile classificare più in dettaglio le depressioni in base alla gravità (lieve, di media gravità e grave), la durata e il decorso (in remissione o ricorrenti).

Sintomi e durata del disturbo dell'adattamento secondo l'ICD-10:

Disturbo	Sintomatologia	Sintomatologia
Disturbo dell'adattamento	Condizioni di malessere soggettivo e di disturbo emozionale, che in genere interferiscono con il funzionamento e le prestazioni sociali, e che insorgono nel periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o ad un evento stressante (p. es. divorzio, malattia grave). Criteri diagnostici: A) fattore stressante psicosociale identificabile di natura straordinaria o catastrofica; esordio dei sintomi entro un mese. B) sintomi e disturbi del comportamento (tranne pensieri deliranti e allucinazioni), così come si manifestano in caso di disturbi dell'umore (F3), di disturbi come nel capitolo F4 o di disturbi del comportamento sociale (F91). I criteri dei singoli disturbi non sono però soddisfatti. Il tipo e la gravità dei sintomi possono variare.	Di regola < 6 mesi (o fino a 2 anni per la reazione depressiva prolungata (F43.21))
con reazione depressiva (ICD 10: F43.20)	Un lieve stato depressivo transitorio di durata non superiore a un mese.	< 1 mese
con reazione depressiva prolungata (ICD 10: F43.21)	Un lieve stato depressivo che si presenta in risposta all'esposizione prolungata a una situazione stressante, ma di durata non superiore a due anni.	< 2 anni

2.3 Strumenti di screening

Ai fini del riconoscimento dei disturbi psichici, i questionari di screening possono servire da un lato a individuare problematiche psichiche e, dall'altro, come base di discussione per parlare di eventuali ambiti difficili con i genitori e i bambini.

Diversi pediatri e medici di famiglia considerano inopportuna la focalizzazione sui deficit degli strumenti di screening. Per questo motivo, il capitolo «Rafforzare la salute mentale» (1.1) fa riferimento alle domande utili per rafforzare la salute del bambino. Tale serie di domande non è costruita per individuare eventuali disturbi psichici.

I seguenti strumenti di screening non riguardano in maniera specifica singoli disturbi, ma contengono scale relative a diversi ambiti problematici. Essi sono stati scelti perché sono liberamente disponibili in tutte e tre le lingue ufficiali della Svizzera, vantano criteri di qualità soddisfacenti (specificità/sensività) e possono essere utilizzati in maniera efficiente.

Il **Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (Strength and Difficulty Questionnaire, SDQ)** costituisce uno strumento per rilevare le capacità e le difficoltà comportamentali nei bambini e negli adolescenti dai 4 ai 16 anni (38,39). Il questionario si concentra sulle seguenti aree: difficoltà emotive, problemi di condotta, iperattività, rapporti con i pari e comportamenti prosociali.

La versione lunga comprende 25 item, suddivisi in 5 subscale di 5 item ciascuna. Il questionario è disponibile nelle versioni «valutazione esterna» e «autovalutazione» (dagli 11 anni in poi). <https://sdqinfo.org>

Il calcolo del punteggio avviene tramite apposite schede o può essere effettuato online creando un conto utente. Gli autori del SDQ raccomandano il calcolo del punteggio online per evitare errori. <https://sdqscore.org>

Istruzioni sintetiche per il calcolo del punteggio

I punteggi delle singole subscale vengono sommati. Alle risposte «parzialmente vero» viene attribuito il valore «1», mentre alle risposte «non vero» e «assolutamente vero» viene attribuito il valore di «0» o «2» a seconda che la formulazione sia positiva o negativa. Valori più elevati indicano un maggiore livello di disagio.

Esempio «Ha molte preoccupazioni»: «Assolutamente vero» = 2 punti / «Non vero» = 0 punti. I valori totali delle subscale vengono sommati (senza la subscale comportamenti prosociali), per ottenere un risultato compreso tra 0 e 40. Per le singole subscale e il punteggio totale sono stati definiti dei valori limite per le tre categorie «normale», «casi limiti» e «anormale».

Autovalutazione – bambino	normale	casi limiti	anormale
Punteggio totale sulle difficoltà	0–15	16–19	20–40
Difficoltà emotive	0–5	6	7–10
Problemi di condotta	0–3	4	5–10
Iperattività	0–5	6	7–10
Rapporti con i pari	0–3	4–5	6–10
Comportamenti prosociali*	6–10	5	0–4

Valutazione esterna – genitori	normale	casi limiti	anormale
Punteggio totale sulle difficoltà	0–13	14–16	17–40
Difficoltà emotive	0–3	4	5–10
Problemi di condotta	0–2	3	4–10
Iperattività	0–5	6	7–10
Rapporti con i pari	0–2	3	4–10
Comportamenti prosociali*	6–10	5	0–4

* valori bassi indicano un comportamento poco prosociale considerato problematico. Nota bene: alcuni studi sul SDQ propongono in parte altri valori limite a seconda del campione (40,41).

L'Elenco di sintomi pediatrici (Pediatric Symptom Checklist, PSC; [42]), include 35 item riguardanti problemi della sfera emotiva e comportamentale. Esso ha lo scopo di valutare le capacità di funzionamento psicosociale di bambini e adolescenti tra i 4 e i 16 anni. È possibile calcolare dei punteggi totali per le singole subscale per i problemi internalizzanti, i problemi esternalizzanti e i problemi di attenzione. Esiste anche una versione breve che comprende 17 item. Il PSC prevede interviste a scadenza regolare volte a individuare eventuali cambiamenti nella capacità di funzionamento psicosociale.

Il PSC è costituito da 35 item e prevede le opzioni di risposta «mai», «qualche volta» o «spesso». A queste risposte viene attribuito rispettivamente il valore di 0, 1 e 2. Il punteggio totale è ottenuto sommando i valori di ognuno dei 35 item. Nei bambini di età compresa tra i 4 e i 5 anni un punteggio pari a 24 o superiore indica la presenza di un disturbo psichico. Nei bambini e negli adolescenti dai 6 ai 16 anni, un risultato pari o superiore a 28 segnala la presenza di un disturbo psichico. Per la versione tedesca si raccomanda un cut-off pari al punteggio di 24 (43). Gli item lasciati in bianco vengono ignorati (ossia hanno un valore pari a 0). Se mancano quattro o più risposte, il questionario è considerato non valido (42,44).

Le istruzioni esaustive sullo svolgimento e il calcolo del punteggio del PSC e proposte su come discutere i risultati con i pazienti sono disponibili in inglese sul sito Internet: www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist/
Una versione in italiano è disponibile a questo indirizzo: www.massgeneral.org/assets/MGH/pdf/psychiatry/psc/psc-italian.pdf

2.4 Trattamento specialistico

Se un disturbo psichico è probabile o sussiste, è importante eseguire accertamenti approfonditi ed eventualmente procedere a un trattamento specialistico. Occorre sensibilizzare i genitori – e, dall'età adolescenziale, i ragazzi stessi – sull'importanza di effettuare gli accertamenti il più presto possibile. Vari studi dimostrano infatti che un trattamento tempestivo di un disturbo psichico migliora la prognosi e garantisce effetti più rapidi e duraturi. A seconda del contesto locale, è possibile ricorrere a centri specializzati e specialisti attivi in ambito ambulatoriale od ospedaliero, tra cui pediatri dello sviluppo, psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, psicoterapeuti dell'infanzia e dell'adolescenza, psicoterapeuti psicologi, oppure al servizio psicologico scolastico. In caso di emergenza è possibile rivolgersi anche alle cliniche e ai servizi di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

3. Maggiori informazioni

Panoramica sui disturbi psichiatrici in età evolutiva

Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH; 2019.

Manuale MSD – Versione per i professionisti (categorizzazione secondo DSM; online è disponibile anche una versione per i pazienti). Disponibile su www.msdmanuals.com/it/professionale/pediatria

von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P. Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). [Internet]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2017. Disponibile su www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz

Infanzia e media

Competenze mediali. Consigli per un utilizzo sicuro dei media digitali. Per i genitori e per chi si occupa di bambini e giovani. Disponibile su www.zhaw.ch/psychologie/medienkompetenz e www.giovanimedia.ch/

Resilienza

Grolimund F, Rietzler S. (2017). Der Weg zur inneren Stärke. Disponibile su www.fritzundfraenzi.ch/dossiers/resilienz

Sostegno sociale, autoefficacia e competenze di vita

Rapporti di Promozione Salute Svizzera
<https://promozionesalute.ch/programmi-dazione-cantionali/salute-psichica/bambini-e-adolescenti/temi-principali.html>

Rapporto «Salute psichica lungo l'intero arco della vita»

https://promozionesalute.ch/assets/public/documents/it/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Rapporto_006_PSCH_2016-04_-_Salute_psichica_lungo_l_intero_arco_della_vita_-_Management_Summary.pdf (sintesi in italiano, rapporto completo disponibile in tedesco e francese)

Campagna salute mentale

<https://bischfit.ch/it/d/come-stai/>

4. Bibliografia

1. WHO. Psychische Gesundheit – Faktenblatt. 2019.
2. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, the BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):133–47.
3. WHO. Partners in Life Skills Education : Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting [Internet]. 1999 [citato il 17. settembre 2019]. Disponibile su: https://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf
4. Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K, Barkmann C, Otto C, Haller A-C, u. a. Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Kindh Entwickl*. 2016;25(1):10–20.
5. Csmarich W. Der „gesunde“ Selbstwert. Der Selbstwert als gesundheitsprotektiver Faktor in den drei Modellen Salutogenese, Resilienz und Selbstwirksamkeit (“Self-esteem as a health-protective factor in the models of salutogenesis, resilience and self-efficacy”) [Internet]. [Graz]; 2014 [citato il 18. novembre 2019]. Disponibile su: https://www.researchgate.net/publication/285582957_Der_gesunde_Selbstwert_Der_Selbstwert_als_gesundheitsprotektiver_Faktor_in_den_drei_Modellen_Salutogenese_Resilienz_und_Selbstwirksamkeit_Self-esteem_as_a_health-protective_factor_in_the_models_of_sal
6. Werner EE. Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, Herausgeber. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press; 2000.
7. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. 9., erw. Neuaufl. Köln: BZgA; 2001. 171 S. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung).
8. Traub F, Boynton-Jarrett R. Modifiable Resilience Factors to Childhood Adversity for Clinical Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2017; 139(5):e20162569.
9. WHO. Resilience guide for parents and teachers [Internet]. 2019 [citato il 16 settembre 2019]. Disponibile su: <https://www.apa.org/helpcenter/resilience>
10. Dipendenze Svizzera. Tina e Toni. Un programma di prevenzione globale per bambini dai 4 ai 6 anni [Internet]. 2011 [citato il 24 marzo 2020]. Disponibile su: <https://www.tinatoni.ch/it/introduzione/>
11. Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatr*. 2019;e193007–e193007.
12. Hunter MR, Gillespie BW, Chen SY-P. Urban nature experiences reduce stress in the context of daily life based on salivary biomarkers. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [citato il 28 ottobre 2019]; 10. Disponibile su: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00722/full>
13. McCormick R. Does access to green space impact the mental well-being of children: A systematic review. *J Pediatr Nurs*. Dicembre 2017; 37:3–7.
14. Gaina A, Sekine M, Hamanishi S, Chen X, Wang H, Yamagami T, u. a. Daytime sleepiness and associated factors in Japanese school children. *J Pediatr*. 2007;151(5):518–22, 522.e1–4.
15. Genner S, Suter L, Waller G, Schoch P, Willems I, Süß D. MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2017. Zurigo: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; 2017.
16. Lehmkuhl G, Frölich J. Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother*. 2013;41(2):83–6.
17. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, u. a. Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(06):785–6.
18. Walia H. Put the Phone away! 3 Reasons why looking at it before bed is a bad habit [Internet]. Health Essentials from Cleveland Clinic. 2019 [citato il 13 maggio 2020]. Disponibile su: <https://health.clevelandclinic.org/put-the-phone-away-3-reasons-why-looking-at-it-before-bed-is-a-bad-habit/>
19. Knoll N, Scholz U, Rieckmann N. Einführung Gesundheitspsychologie. Monaco: UTB; 2017. 258 p.
20. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9. Aufl. Monaco: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH; 2019.
21. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, u. a. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 22 ottobre 2011;378(9801):1515–25.
22. Petermann F. Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindh Entwickl*. 2005;14(1):48–57.
23. von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P. Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). [Internet]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2017. Disponibile su: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz>
24. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98(4):262–71.
25. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2017;165(5):402–7.
26. Manificat S. Diagnose von Autismus-Spektrum-Störungen heute: Eine umfassende Evaluation im Interesse von Kind und Familie. 2017;28:4.
27. Mehler-Wex C, Kölch M. Depression in Children and Adolescents. *Dtsch Aertzblatt Online* [Internet]. 2008 [citato il 7 aprile 2020]; disponibile su: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2008.0149>
28. Surén P al, Bakken IJ, Aase H, Chin R, Gunnes N, Lie KK, u. a. Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics*. 2012;130(1):e152–e158.
29. Walitza S, Van Ameringen M, Geller D. Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(2):99–101.
30. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5(1):15.
31. In-Albon T, Schneider S. Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut*. 2010;(55):525–40.
32. Fineberg NA, Dell'Osso B, Albert U, Maina G, Geller D, Carmi L, u. a. Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019;29(4):549–65.
33. MSD. Überblick über psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. 2017 [citato il 13. febbraio 2020]. Disponibile su: <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter/%C3%BCberblick-%C3%BCber-psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter>
34. Melfsen S, Walitza S. Soziale Ängste und Schulangst. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Beltz GmbH, Julius; 2013.
35. MSD. Übersicht zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. 2017 [citato il 13. febbraio 2020]. Disponibile su: <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter/%C3%BCbersicht-zu-angstst%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter>
36. DIMDI. ICD-10-GM Version 2019 [Internet]. 2019 [citato il 13. novembre 2019]. Disponibile su: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f90-f98.htm#F93>
37. CDC. Data and Statistics on Children's Mental Health | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [citato il 23. marzo 2020]. Disponibile su: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
38. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581–6.
39. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11):1337–45.
40. Silva TBF, Osório FL, Loureiro SR. SDQ: discriminative validity and diagnostic potential. *Front Psychol* [Internet]. 10. Juni 2015 [zitiert 30. Mai 2018];6. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462033/>
41. Woerner W, Becker A, Friedrich C, Rothenberger A, Klasen H, Goodman R. Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother*. 2002;30(2):105–12.
42. Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. Use of the Pediatric Symptom Checklist screen for psychosocial problems in pediatric primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(3):254–60.
43. Pediatric Symptom Checklist [Internet]. Massachusetts General Hospital. [citato il 13 maggio 2020]. Disponibile su: <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist>
44. Bright Futures. Instructions for use Pediatric Symptom Checklist [Internet]. [citato il 13 maggio 2020]. Disponibile su: <https://www.brightfutures.org/mentalhealth/pdf/tools.html>

Vi saremmo grati di inviare osservazioni scritte e orali sull'opuscolo a:

- Dr. med. Anna Pirker, medico specialista FMH in pediatria
- Dr. med. Hannes Geiges, medico specialista FMH in pediatria
- Dr. med. Sajiv Khanna, medico specialista FMH in psichiatria infantile e dell'adolescenza e in psicoterapia
- Dr. phil. hum. Alfred Künzler, responsabile del servizio di coordinamento, Rete Salute Psicica Svizzera

Indirizzo di contatto:

ZHAW Università di Scienze Applicate Zurigo
 Dipartimento Salute
 Katharina-Sulzer-Platz 9
 Casella postale
 CH-8401 Winterthur

E-mail fgw.gesundheit@zhaw.ch

Web www.zhaw.ch/takecare

**Un progetto congiunto dell'Istituto di Scienze della Salute e
 dell'Istituto di Psicologia**



Con la partecipazione di:



Finanziato da:



Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederazione Svizzera
 Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario»

Ordinazioni supplementari:

Volete trasmettere questa brochure? Essa è disponibile all'indirizzo www.zhaw.ch/takecare, dove è anche possibile ordinarne ulteriori copie.