

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Direttore: Prof. Eugenio Baraldi

DIPARTIMENTO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Direttore: Prof.ssa Michela Gatta

TESI DI LAUREA

Progetto “Dimissioni Protette” in Neuropsichiatria Infantile

RELATORE: Prof. Michela Gatta
CORRELATORE: Dott. Lara de Col

LAUREANDO: Elisa Rampin
MATRICOLA: 1147337

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

1. ABSTRACT	5
2. INTRODUZIONE	5
2.1 Panoramica sul disagio psicologico di bambini e adolescenti.....	5
2.2 Modalità e cause di ospedalizzazione dei pazienti psichiatrici pediatrici.....	13
2.3 Il ruolo della pandemia di Sars-Cov-2.....	20
2.4 L’impatto della pandemia sui disturbi alimentari in bambini e adolescenti.....	23
2.5 L’impatto della pandemia su autolesionismo e comportamenti suicidari in bambini e adolescenti.....	27
2.6 “Revolving door” - il problema delle riospedalizzazioni.....	30
2.7 Protocollo post-dimissione nei reparti di neuropsichiatria infantile.....	37
2.8 Supporto Digitale nell'Assistenza Psichiatrica Infantile.....	38
2.10 Progetto “dimissioni protette” nell’Unità di Neuropsichiatria Infantile dell’Ospedale di Padova.....	42
2.10.1 Azioni di intervento e “Progetti Individualizzati di Dimissione Protetta” (PIDP)...	48
3. LO STRUMENTO	52
3.1 HONOSCA – Health of Nation Outcome Scales for Children and Adolescents.....	52
3.2 Proprietà psicometriche della versione italiana di HONOSCA	55
4. LA RICERCA	57
4.1 Disegno dello studio, obiettivi e ipotesi.....	57
4.1.1 Ricaduta.....	58
4.1.2 Inserimento in comunità e indicazione alla semiresidenza/attività educative.....	59
4.1.3 Analisi dei punteggi HONOSCA.....	59
4.2 Materiali e metodi.....	61
4.2.1 Partecipanti	61
4.2.2 Procedure.....	61
4.2.3 Analisi statistiche	62

4.3 Risultati	63
4.3.1 Statistiche descrittive.....	63
4.3.2 Giorni di ricovero.....	64
4.3.3 Ricaduta.....	64
4.3.4 Invio in comunità.....	65
4.3.5 Indicazione alla semiresidenza/attività educative.....	66
4.3.6 Confronto dei punteggi HONOSCA.....	66
4.3.7 Frequenza scolastica.....	69
4.4 Discussione	70
4.5 Criticità riscontrate	81
4.6 Possibili sviluppi della ricerca.....	81
4.7 Conclusioni.....	82
4.8 Tabelle e grafici.....	88
5. BIBLIOGRAFIA.....	93

1. ABSTRACT

La presente tesi esplora l'efficacia di un innovativo sistema di dimissione protetta in ambito neuropsichiatrico dell'infanzia e dell'adolescenza. Abbiamo condotto uno studio clinico comparativo tra un gruppo sperimentale, pazienti ricoverati e trattati secondo il modello di dimissioni protette, e un gruppo di controllo di pazienti ricoverati e sottoposti alle consuete pratiche cliniche di dimissione. L'obiettivo principale è stato valutare l'efficacia delle dimissioni protette rispetto alle usuali pratiche di dimissione attraverso la valutazione dei giorni di ricovero complessivi, delle ricadute con riospedalizzazione, degli invii in comunità o indicazione alla semiresidenza/attività educative, della frequenza scolastica e, infine, dei punteggi HONOSCA pre e post dimissione.

La durata del ricovero ha mostrato una prevalenza di ricoveri < 28 giorni nel gruppo sperimentale, indicando una gestione più efficiente ma anche una possibile complessità clinica superiore. Nonostante la mancanza di impatti significativi sulle ricadute e sull'inserimento in comunità, la frequenza scolastica è rimasta stabile nel gruppo sperimentale a 6 mesi dalla dimissione, evidenziando un beneficio specifico delle Dimissioni Protette.

I risultati indicano che l'implementazione delle Dimissioni Protette ha dimostrato successi significativi nel ridurre la durata del ricovero e favorire la stabilità post-dimissione, specialmente nel mantenimento della frequenza scolastica nel gruppo sperimentale.

2. INTRODUZIONE

2.1 Panoramica sul disagio psicologico di bambini e adolescenti

Il disagio psicologico è comunemente definito come uno stato di sofferenza emotiva caratterizzato da sintomi di depressione, come la perdita di interesse, la tristezza e la disperazione, e ansia, manifestata attraverso agitazione e sensazioni di ansia (Mirowsky e Ross, 2002).

Questi sintomi possono essere accompagnati da manifestazioni somatiche, quali insonnia, mal di testa e mancanza di energia, i quali verosimilmente variano tra le diverse culture (Kleinman, 1991; Kirmayer, 1989).

In particolare, i sostenitori del modello stress-distress sostengono che le caratteristiche fondamentali del disagio psicologico siano l'esposizione a eventi stressanti che minacciano la salute fisica o mentale, l'incapacità di affrontare efficacemente tali eventi e il conseguente tumulto emotivo derivante da un coping inefficace (Horwitz, 2007; Ridner, 2004). D'altra parte, il disagio è considerato un criterio diagnostico per alcuni disturbi psichiatrici, come i disturbi ossessivo-compulsivi e il disturbo da stress post-traumatico. Inoltre, insieme all'impairment nella vita quotidiana, funge da indicatore della gravità dei sintomi in altri disturbi, tra cui la depressione maggiore e il disturbo d'ansia generalizzata (Phillips, 2009; Watson, 2009). Pertanto, il disagio psicologico diventa una preoccupazione medica principalmente quando è accompagnato da altri sintomi che, combinati, soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo psichiatrico.

La stima della prevalenza del disagio psicologico è complessa a causa della diversità delle scale utilizzate per valutare il disagio, dei periodi temporali considerati nella documentazione dei sintomi e dei punti di taglio applicati per categorizzare il punteggio di disagio e identificare individui con disagio patologico. In generale, la prevalenza varia approssimativamente dal 5% al 27% nella popolazione generale (Benzeval e Judge, 2001; Chittleborough et al., 2011; Gispert et al., 2003; Kuriyama et al., 2009; Phongsavat et al., 2006), ma può raggiungere livelli più elevati in specifici segmenti della popolazione esposti a particolari fattori di rischio.

Il disagio psicologico non riconosciuto e trattato può evolvere in un disturbo della salute mentale, definito dalla WHO (World Health Organization) come una perturbazione clinicamente significativa nella cognizione, nella regolazione emotiva o nel comportamento di un individuo. È generalmente associato a disagio o compromissione in aree importanti del

funzionamento.

Nel 2019, una persona su otto, corrispondente a 970 milioni di individui nel mondo, conviveva con un disturbo mentale, con i disturbi d'ansia e depressivi che risultavano essere i più diffusi (Institute of Health Metrics and Evaluation).

Si stima che tra il 25 e il 33% dei giovani soddisfi i criteri diagnostici per un disturbo mentale del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) nel corso della vita (Costello et al).

Sempre secondo la WHO, i disturbi mentali più diffusi sono: disturbi d'ansia, depressione, disturbo bipolare, disturbo da stress post-traumatico (PTSD), disturbi alimentari, disturbi del neurosviluppo.

A livello globale, 58 milioni di bambini e adolescenti affrontano disturbi d'ansia, mentre 23 milioni sono colpiti dalla depressione e 3 milioni sperimentano disturbi alimentari (WHO). Il declino dell'autostima, il deterioramento dei rapporti sociali e il peggioramento generale dei sintomi sono parte integrante di questo contesto complesso. È importante riconoscere che il disagio psicologico, se trascurato, può alimentare un ciclo negativo, portando a un progressivo peggioramento della situazione (Ministero della Salute, 2003).

I bambini e gli adolescenti, simili agli adulti, non sono immuni da questo fenomeno. La neuropsichiatria infantile, consapevole delle sfide uniche che i giovani affrontano, svolge un ruolo cruciale nel fornire cure mirate e supporto. In questo contesto, emerge la necessità di un approccio integrato che comprenda non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli sociali ed ambientali.

Possiamo osservare come il disagio psicologico non sia soltanto uno stato interno, ma un fenomeno che permea e si riflette in molteplici dimensioni della vita. La comprensione

approfondita di tali dinamiche è fondamentale per plasmare strategie di intervento che vadano oltre la superficie dei sintomi, affrontando le radici più profonde del disagio.

I problemi di salute mentale influenzano le opportunità di sviluppo dei bambini e degli adolescenti e possono avere effetti duraturi fino all'età adulta (Haller et al, 2016. Kessler et al, 2007, Copeland et al, 2015). Più della metà di tutti i disturbi mentali in età adulta ha origine nell'infanzia o nell'adolescenza (Kessler et al, 2007, Copeland et al, 2009, Kim-Cohen et al, 2003). Tuttavia, non solo i bambini con disturbi mentali diagnosticati possono manifestare problemi di salute mentale in età adulta (Bao et al, 2016), anche i bambini e gli adolescenti con sintomi che non soddisfano completamente i criteri per la diagnosi di un disturbo mentale sono a rischio aumentato di compromissione della salute mentale in età adulta (Copeland et al, 2015).

Studi precedenti hanno mostrato che i problemi internalizzanti ed esternalizzanti nell'infanzia e nell'adolescenza possono essere associati a vari effetti in età adulta riguardanti la salute mentale, la qualità della vita o il rendimento accademico (Colder et al, 2018, McLeod et al, 2012, Nivard et al, 2017, Sharpe et al, 2016, Sallis et al, 2019). Ad esempio, soggetti con disturbi internalizzanti in età infantile o adolescenziale sono più propensi a manifestare sintomi di ansia o depressione e una compromessa qualità della vita correlata alla salute da adulti (Colder et al, 2018, McLeod et al, Sharpe et al, 2016, Tang et al, 2020, Jamnik et al, 2019). D'altra parte, i bambini e gli adolescenti con problemi esternalizzanti spesso hanno un successo educativo inferiore rispetto ai loro coetanei non colpiti e sono a maggior rischio di utilizzo di sostanze psicoattive in età adulta (Colder et al, 2018, McLeod et al, 2012).

I fattori che influiscono sul disagio psicologico e lo sviluppo di disturbi mentali possono essere diversi, alcuni tra i più rilevanti sono l'autostima, lo stile educativo parentale, il contesto scolastico, la rete sociale (Steinhausen et al, 2001).

L'autostima è stata associata a diversi tipi di maladattamento e, in particolare, alla depressione (Patterson e Capaldi, 1990; Rehm e Carter, 1990; Renouf e Harter, 1990; Rosenberg, 1965,

1979). Si è osservato che la consapevolezza di sé modera la relazione tra eventi stressanti della vita e il coping, poiché gli individui con un alto grado di consapevolezza di sé percepiscono gli eventi come più rilevanti per la propria persona e più stressanti (Hull, 1981). Inoltre, diversi studi hanno evidenziato che il coping attivo è associato a minori problemi emotivi e comportamentali, mentre il comportamento evitante contribuisce al maladattamento e ai disturbi mentali (Compas et al., 1988; Forsythe and Compas, 1987; Holahan and Moos, 1990, 1991; Jorgensen and Dusek, 1990). Tuttavia, gli studi longitudinali devono ancora chiarire se il coping insufficiente sia causa o piuttosto conseguenza del maladattamento.

Gli stili educativi dei genitori esercitano un'influenza molto potente sullo sviluppo del bambino, con la percezione del comportamento genitoriale da parte del bambino che riveste un ruolo significativo. Il rifiuto del bambino e la mancanza di calore generano sentimenti di isolamento e una mancanza di autostima (Cicchetti and Beeghly, 1987), potendo condurre a comportamenti antisociali (Millon and Davis, 1995). Al contrario, la genitorialità autoritativa-reciproca, come descritta da Baumrind (1971), contribuisce a una migliore autostima, responsabilità sociale e rendimento accademico (Steinberg et al., 1991). Inoltre, il progresso nello sviluppo adolescenziale dipende dall'accettazione, dall'empatia e dal sostegno dei genitori (Avison and McAlpine, 1992).

Nel contesto scolastico, un elevato grado di autodeterminazione e un atteggiamento liberale contribuiscono all'autostima (Reitzle and Silbereisen, 1991), così come l'accettazione da parte dei coetanei (Harter, 1990). Al contrario, il rifiuto da parte dei pari è associato a problemi nello sviluppo e nel comportamento (Achenbach and Edelbrock, 1981), causando una perdita di autostima e depressione (Patterson and Capaldi, 1990). Infine, l'impatto della rete sociale è stato enfatizzato nell'ipotesi di buffering di Cohen and Wills (1985), indicando che la dimensione e la qualità della rete sociale risultano particolarmente benefiche quando gli adolescenti attraversano situazioni di crisi.

Uno studio significativo condotto nel 2008 da Belfer et al. ha rivelato che il 20% dei bambini e degli adolescenti affrontasse disturbi mentali debilitanti. Il suicidio si classificava come la terza causa di morte tra gli adolescenti, e fino al 50% degli adulti con disturbi mentali aveva sperimentato il loro esordio durante l'adolescenza. Tale panorama, già preoccupante, è ulteriormente aggravato dal fatto che il trend dei disturbi neuropsichiatrici è stato in costante crescita negli ultimi 10 anni (Belfer et al, 2008).

Il panorama globale della salute mentale pediatrica rivela un quadro allarmante, con i disturbi mentali che coinvolgono circa il 15-20% di questa popolazione, una percentuale destinata ad aumentare, come previsto da studi come quelli di Pittsenbarger et al. nel 2014 e Di Lorenzo et al. nel 2016.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha identificato le psicopatologie come una delle cinque principali cause di morbidità, disabilità e mortalità nell'infanzia e nell'adolescenza (World Health Report, 2001, Newton et al., 2010). Nel 2016, malattie mentali e disturbi da abuso di sostanze hanno contribuito a un calo della qualità della vita su scala globale, indipendentemente dallo status socioeconomico (Zanato et al. 2021).

Tuttavia, nonostante l'incremento della copertura del trattamento, i tassi di trattamento rimangono bassi, specialmente negli stati ad alto reddito, dove la prevalenza dei disturbi mentali più comuni persiste.

In particolare, i disturbi depressivi emergono come la terza causa più comune di disagio psicologico nei bambini, con un rischio quattro volte maggiore per gli adolescenti rispetto ai bambini più giovani (Zanato et al, 2021).

In questo contesto, le condizioni psichiatriche acute rappresentano la principale ragione di accesso ai servizi di salute mentale per questa fascia di età, come evidenziato in studi come quelli condotti da Di Lorenzo et al. nel 2016 e Costa et al. nel 2018.

Un contributo rilevante fornito da Bolton et al. nel 2021 offre una prospettiva ampia sulle cause del crescente disagio psicologico tra bambini e adolescenti. L'articolo evidenzia la lunga correlazione tra difficoltà economiche e peggioramento generale della salute, con prove documentate degli impatti negativi sulla salute mentale della popolazione in seguito alla crisi finanziaria del 2008 (World Health Organization, 2011).

Una considerazione intrigante emersa è che, oltre alle difficoltà economiche consolidate che possono influire negativamente sulla salute mentale di adulti e bambini, persino i giovani al momento privi di tali difficoltà sembrano confrontarsi con preoccupazioni sul loro futuro che generano disagio.

Nel Regno Unito, i giovani si trovano ad affrontare aspettative di lavoro ridotte e minore sicurezza finanziaria rispetto alle generazioni precedenti, caratterizzate da una diminuzione delle probabilità di possedere proprietà immobiliari e garantirsi una situazione abitativa stabile, nonché di ottenere lavori ben remunerati a seguito di titoli universitari o competenze specializzate.

Il disagio risulta, secondo lo studio, dall'ampia consapevolezza dei giovani di trovarsi in una posizione svantaggiata nella crescente disuguaglianza di reddito, con conseguente stress e preoccupazione.

I meccanismi di trasmissione di questo disagio possono variare in base all'età, includendo la percezione e l'internalizzazione di ansie da parte dei genitori, consapevoli delle sfide che i loro figli affronteranno.

Ad esempio, i giovani provenienti da famiglie con elevati livelli di risorse socio-economiche, accesso privilegiato all'educazione privata o a università prestigiose, reti professionali e stabilità finanziaria familiare, mantengono aspettative di mantenimento del loro status socio-economico, a differenza degli altri giovani che prevedono un declino rispetto ai loro genitori (Bolton et al, 2021).

Un sondaggio condotto da Amnesty International coinvolgente 11 mila persone di età compresa tra 18 e 25 anni provenienti da 22 paesi su 6 continenti ha rivelato le loro percezioni sui problemi globali e nazionali più urgenti. Il cambiamento climatico è emerso come la principale preoccupazione a livello globale (41%), seguito da inquinamento (36%) e terrorismo (31%). A livello nazionale, i problemi di corruzione, inquinamento, instabilità e disuguaglianza economica sono stati classificati come le principali quattro preoccupazioni, mentre il cambiamento climatico occupa la quinta posizione.

Considerando l'incidenza elevata di problemi di salute mentale nella popolazione pediatrica, si potrebbe supporre che vi sia una corrispondente elevata frequenza di ricerca di aiuto e utilizzo di risorse di supporto. Tuttavia, in realtà, pochi giovani cercano e accedono a un aiuto professionale (Westberg et al, 2022). I ritardi nella ricerca di assistenza possono essere prolungati e si riscontrano anche in paesi con un accesso adeguato alle cure sanitarie (Gulliver et al, 2010, Malla et al, 2016, Sheppard et al, 2018, Rickwood et al, 2005, Radez et al, 2020, MacDonald et al, 2018). Il processo di ricerca di supporto presenta ostacoli legati sia a fattori individuali che contestuali e sociali (Radez et al, 2020, Patel et al, 2018).

Questa complessità sottolinea la necessità di comprendere il processo di ricerca di aiuto, sia online che di persona, per i giovani con problemi di salute mentale.

La ricerca di aiuto viene spesso descritta come un processo razionale, in cui l'individuo pianifica, decide e agisce rispetto ai sintomi (Pescosolido et al, 2017). Tuttavia, lo studio di Westberg et al (2022) evidenzia che la ricerca di aiuto non è semplicemente un atto individuale; è influenzata anche da fattori sociali lungo tutto il percorso. Le strutture di supporto societarie e organizzative delineano i limiti e specificano le opportunità di cercare assistenza (Pescosolido et al, 2013). La ricerca di aiuto dipende quindi sia da fattori a livello individuale che dalle risorse strutturali disponibili per i giovani.

2.2 Modalità e cause di ospedalizzazione dei pazienti psichiatrici pediatrici

In Italia, negli ultimi 20 anni, si è osservato un quasi raddoppio del numero di pazienti psichiatrici che accedono al pronto soccorso a causa di sintomi psichiatrici acuti, con l'autolesionismo e le condotte aggressive identificate come le cause più frequenti di ricovero (Farruggia et al., 2016). Contemporaneamente, si registra un aumento dei ricoveri ospedalieri nelle unità di Neuropsichiatria Infantile, particolarmente essenziali quando il peggioramento dei sintomi non è gestibile in altri contesti e quando il paziente manifesta comportamenti pericolosi per sé e/o per gli altri (Calderoni et al., 2008).

Per esaminare le pratiche mediche e assistenziali durante l'ospedalizzazione in un reparto di Neuropsichiatria Infantile, prendiamo in considerazione il reparto dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma (Pontillo et al, 2023).

Nell'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, il ricovero psichiatrico si svolge secondo le seguenti modalità: il costante supporto per i bambini e gli adolescenti ricoverati è fornito da infermieri e operatori socio-sanitari, vietando la presenza dei genitori nelle stanze. I genitori hanno visite programmate con i propri figli ogni pomeriggio, della durata approssimativa di 2 ore.

La limitazione della presenza dei genitori mira a prevenire situazioni di aggressione o crisi intra-familiari e a agevolare una valutazione del paziente libera dall'influenza genitoriale sulle informazioni riportate. Tuttavia, i genitori svolgono un ruolo cruciale durante il ricovero dei propri figli. Psicologi e neuropsichiatri interagiscono con i genitori per valutazioni diagnostiche e aggiornamenti sulle condizioni cliniche dei loro figli. Gli interventi psicoeducativi sono progettati per alleviare lo stress genitoriale legato alla diagnosi e al ricovero dei bambini e degli adolescenti. Inoltre, neuropsichiatri e psicologi collaborano con i giovani pazienti in sessioni

quotidiane di terapia di gruppo, test di valutazione psicologica e interventi psicologici individuali. Sono previsti incontri regolari del team tra infermieri, neuropsichiatri e psicologi per coordinare compiti e affrontare questioni critiche. Telecamere di sorveglianza sono installate in tutte le stanze per monitorare eventuali casi di autolesionismo o tentativi di suicidio; un monitor centrale è posizionato nella stanza degli infermieri. La struttura include anche un'area comune dove i bambini partecipano a varie attività insieme, come pasti condivisi, sessioni educative condotte da insegnanti in base al loro livello scolastico, lezioni di recitazione, ascolto musicale e proiezioni di film. L'obiettivo principale dell'ospedalizzazione è affrontare la fase acuta del disturbo e agevolare il passaggio ai dipartimenti di salute mentale nella comunità locale. Le attività sono accompagnate dalla supervisione medica e dall'eventuale impostazione di una terapia farmacologica. Alcuni pazienti ricoverati potrebbero essere trasferiti in strutture psichiatriche specializzate per bambini e adolescenti che presentano disturbi emotivi gravi e/o problemi comportamentali che non possono essere adeguatamente gestiti in contesti ambulatoriali.

I fattori demografici e clinici associati ai ricoveri in Neuropsichiatria Infantile includono l'età adolescenziale, l'ideazione suicidaria e/o il tentativo di suicidio (più frequente tra le ragazze), l'agitazione psicomotoria (più frequente tra i ragazzi), una storia familiare di disturbi psichiatrici, precedenti ricoveri, comorbidità psichiatrica, esperienze di abuso (bullismo, abusi sessuali, abbandono, violenza) e difficoltà nello studio e nelle relazioni (Bardach et al., 2014, Cuypers et al., 2014). Un fattore di rischio significativo è rappresentato dalla malattia psichiatrica dei genitori, identificata come uno dei principali motivi di ricovero in età pediatrica (Tossone et al., 2014, Lynch et al., 2015). La disponibilità di posti letto e la presenza di reparti specializzati influenzano notevolmente i ricoveri, con differenze significative tra le politiche e la gestione dei servizi psichiatrici

pediatrici a livello internazionale (Gutterman et al., 1993, Blanz et al., 2000). In Italia, il 30% delle ospedalizzazioni avviene in reparti di Neuropsichiatria Infantile, mentre il restante 70% è distribuito in reparti pediatrici generici o in reparti psichiatrici per adulti, evidenziando una disomogeneità nelle risorse dedicate a questo tipo di assistenza (Farruggia et al., 2016, Calderoni et al., 2008).

L'Unità di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Universitario di Padova si occupa di bambini e adolescenti dai 0 ai 17 anni con disturbi psichiatrici cronici o acuti. Ogni ospedalizzazione è gestita da un team multidisciplinare che adotta diversi approcci terapeutici, tra cui quelli farmacologici, psicoterapici e relazionali-educativi, mirati alla diagnosi e alla cura del paziente.

La durata dei ricoveri correla con un aumento del rischio di ricaduta e riospedalizzazione, influenzata da fattori quali maggiore gravità dei sintomi, diagnosi cliniche specifiche (come psicosi e disturbi dell'umore), autolesionismo, comportamenti suicidari e disfunzionalità familiare (Madden et al., 2020).

Negli ultimi anni, si è osservato un incremento nel numero complessivo delle ospedalizzazioni, con un notevole trend di crescita identificato a partire dal 2017, anno di istituzione dell'Unità Operativa Complessa (UOC) nell'Ospedale di Padova.

Per quanto riguarda le modalità di ammissione ospedaliera, il 59.7% dei ricoveri ha avuto luogo attraverso il Pronto Soccorso, il 17.9% per trasferimento da altre strutture ospedaliere o servizi, il 13.8% erano ricoveri programmati, il 5.7% proveniva da cliniche esterne e il 2.8% in seguito al counseling.

Le motivazioni più frequenti di ricovero sono state l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio (24.2%), seguiti dall'agitazione psicomotoria (17.3%). Altre cause includevano disturbi dell'alimentazione (13.8%), sintomi funzionali (9.1%), autolesionismo (8.5%), sintomi ansiosi (7.9%), sintomi psicotici acuti (3.8%) e altre ragioni (15.4%) come l'assessment di patologie

metaboliche o genetiche, oppure interventi psicofarmacologici. Alla dimissione, la maggioranza dei pazienti (39.9%) ha ricevuto una diagnosi di disturbo affettivo (ICD-10: F30-F39), seguito da sindromi fobiche, relative allo stress e a sintomi somatici per il 17.6% dei pazienti (F40-F48) e disturbi del comportamento per il 12.3% dei pazienti (F90-F98).

Inoltre, più della metà dei pazienti (52.8%) presentava almeno una comorbidità con altri disturbi mentali (una comorbidità nel 51.6% dei pazienti, più di una comorbidità nel 17.9%). Alla dimissione, i pazienti sono stati indirizzati principalmente ai servizi locali di neuropsichiatria infantile di 1° livello (52.8%), seguiti dalle strutture territoriali di 2° livello (33.9%), centri regionali per il trattamento dei disturbi alimentari (4.7%) e altri reparti o ospedali/strutture riabilitative (5%) (Zanato et al, 2021).

In un recente studio (Gatta et al., 2021) focalizzato sulle modalità e le cause dell'ospedalizzazione in epoca Covid, si evidenzia una riduzione dei ricoveri programmati, passando dal 12.7% al 6.3% nel primo anno della pandemia di Covid, accompagnato da un aumento delle ospedalizzazioni urgenti dal 87.3% al 93.8%. Concentrandosi sulle cause di ricovero, emergono due cambiamenti significativi in epoca covid: un aumento dei disturbi alimentari, passati dall'11.8% al 18.9%, e una diminuzione dei sintomi psicotici, scesi dal 9.8% al 4.2%. L'analisi delle differenze tra la prima e la seconda ondata indica un triplicarsi dei ricoveri per disturbi alimentari (da 9.1% a 31.7%), così come dei ricoveri per agitazione e aggressività.

L'aumento dei casi di disturbo alimentare è coerente con risultati di studi internazionali, che indicano un aumento dei comportamenti alimentari problematici nella popolazione generale durante la pandemia.

In particolare, uno studio australiano riporta un aumento di comportamenti alimentari restrittivi e binge eating associati ad attività fisica compensatoria tra coloro che avevano già avuto

disturbi alimentari (Phillipou et al., 2020). Un altro studio condotto in Italia e Francia mette in evidenza come la pandemia abbia influenzato il rischio di sviluppo di disturbi alimentari, evidenziando un aumento dei fattori di rischio e una diminuzione dei fattori protettivi legati alle conseguenze della pandemia (Rodgers et al., 2020). Riguardo alla comorbidità, si è osservato un aumento dal 71.1% di pazienti con almeno una comorbidità nell'anno pre-Covid al 77.3% nell'anno del Covid. La durata media del ricovero è stata di 20.1 giorni nell'anno pre-Covid, ridottasi a 18.1 giorni nell'anno del Covid.

I dati relativi alle riammissioni ospedaliere dopo le dimissioni indicano un aumento significativo, passando dal 12.2% prima del Covid al 35% nell'anno del Covid (Gatta et al, 2021).

Ciò suggerisce che, durante la pandemia, un numero maggiore di pazienti era già stato ricoverato almeno una volta. Un altro studio (Giallonardo et al, 2020) conferma che una delle principali differenze tra l'era pre e post-Covid riguarda le ricadute post-ricovero, con un triplicarsi dei pazienti ricoverati nuovamente dopo la prima dimissione durante l'anno del Covid. Questo indica che più pazienti erano già stati ospedalizzati almeno una volta durante la pandemia. Inoltre, l'89% dei pazienti nel periodo precedente al Covid era al suo primo ricovero, mentre durante la pandemia questa percentuale è scesa al 65%, mentre la percentuale di pazienti con due o più ricoveri è notevolmente aumentata, evidenziando l'impatto della pandemia sui pazienti con disturbi psichiatrici.

Un ulteriore studio condotto da Zanato et al. (2021) ha indagato diversi fattori legati alla durata dei ricoveri ospedalieri in neuropsichiatria infantile durante l'età dello sviluppo. È fondamentale sottolineare che la durata media dei ricoveri considerati in questo studio (23.8 giorni) supera notevolmente il dato presente in letteratura, che si attesta intorno ai 7 giorni (Calderoni et al., 2008; Bardach et al., 2014). Questa discrepanza evidenzia che la durata del

ricovero è influenzata non solo dalle caratteristiche cliniche del paziente, ma anche dall'organizzazione della struttura sanitaria e dei servizi territoriali.

Il paziente viene dimesso una volta che il quadro acuto si è stabilizzato, la famiglia ha accettato di seguire il piano terapeutico e questo piano è stato sviluppato e condiviso con il personale dei servizi di salute mentale territoriali. Pertanto, la lunghezza del ricovero ospedaliero può essere associata sia alla severità clinica che al tempo necessario per formulare un piano terapeutico adeguato che il paziente possa seguire al momento della dimissione. I risultati dello studio di Zanato et al (2021) indicano che il ricovero è mediamente più lungo per gli adolescenti rispetto ai bambini e che vi è una chiara prevalenza di soggetti femminili rispetto ai maschi. Inoltre, l'accesso tramite il Pronto Soccorso si traduce in un ricovero più prolungato. Un altro dato rilevante è che i casi più complessi richiedono un maggiore tempo sia per la stabilizzazione clinica che per l'organizzazione del piano terapeutico post-dimissione. Lo studio conferma le cause tipiche che portano al ricovero, come autolesionismo, agitazione psicomotoria/comportamento aggressivo, disturbi alimentari e sintomi psicotici, sottolineando che sono anche queste a impattare maggiormente sulla durata del ricovero.

In linea con la letteratura esistente, i disturbi alimentari emergono come quelli che richiedono ospedalizzazioni più prolungate (Bardach et al., 2014), probabilmente a causa delle caratteristiche intrinseche di tali condizioni, come l'ambivalenza riguardo al trattamento, la comorbidità psichiatrica (in particolare depressione e intenti suicidari) e l'impatto organico, che richiede una stabilizzazione medica lenta e graduale (Ruocco et al., 2018). Altri studi sostengono anche la relazione tra i disturbi psicotici e una maggiore durata del ricovero ospedaliero (Werbeloff et al., 2017).

Per quanto concerne le dinamiche familiari, la durata del ricovero in neuropsichiatria infantile mostra una correlazione positiva con i problemi intrafamiliari, intendendo con ciò i conflitti tra i genitori o tra i genitori e il figlio: all'aumentare dei livelli di conflitto familiare, si registra un prolungamento della durata dell'ospedalizzazione.

L'ambiente familiare è comunemente considerato un fattore protettivo piuttosto che un rischio per lo sviluppo di psicopatologie. Tra i fattori di rischio, la conflittualità parentale, più che la semplice separazione dei genitori, emerge come il principale fattore di influenza sul potenziale sviluppo di una psicopatologia e della sua severità nel bambino (Consoli et al., 2013). Altri fattori di rischio identificati includono scambi emotivi inadeguati, mancanza di supporto, scarsa coesione e comunicazione deficitaria nel sistema familiare (Consoli et al., 2013; Lee et al., 2010; Gatta et al., 2017).

Oltre a questi elementi, va preso in considerazione anche il ruolo di una storia familiare di disturbi psichiatrici, che risulta anch'essa correlata a una durata più lunga del ricovero ospedaliero. Ciò sottolinea che la vulnerabilità genetica gioca un ruolo parallelo a quello dell'ambiente. In particolare, nella letteratura emerge una forte associazione tra una storia familiare di disturbi psichiatrici, soprattutto dei genitori, e il rischio di sviluppo di tali disturbi nei bambini (Tossone et al., 2014; Reupert et al., 2013; Glahn et al., 2019). In aggiunta, un contesto familiare problematico potrebbe ostacolare la stabilizzazione del quadro clinico acuto (Reupert et al., 2013).

2.3 Il ruolo della pandemia di Sars-Cov-2

La prevalenza epidemiologica dei disturbi neuropsichiatrici è in costante aumento negli ultimi 10 anni (Bitsko et al., 2018, Lee et al., 2021). L'insorgenza della pandemia di Sars-CoV-2 ha costituito un nuovo scenario sociale e sanitario, contribuendo al peggioramento del benessere psicologico sia negli adulti che nei bambini (Gatta et al., 2022). Il distanziamento sociale, le restrizioni, i cambiamenti nelle routine quotidiane e l'ansia per la salute e il futuro hanno avuto impatti negativi significativi.

La pandemia di Covid-19 non ha solo influenzato la salute fisica, ma ha anche modificato la vita quotidiana, con effetti negativi sulla salute mentale dovuti alle misure anti-contagio

adottate dai governi. Sebbene siano ancora limitati gli studi sugli effetti a lungo termine, le ricerche concordano sul peggioramento della qualità di vita e del benessere percepito nella popolazione generale durante la pandemia (Cusinato et al., 2020).

Inoltre, le persone con disturbi mentali risultano particolarmente vulnerabili agli impatti negativi della pandemia (WHO, 2020).

Un rapporto dell'OMS ha rivelato che il 93% dei paesi ha interrotto i servizi di salute mentale durante la pandemia, potenzialmente contribuendo a una "pandemia parallela" di disturbi mentali a lungo termine. Questo fenomeno è particolarmente evidente nell'infanzia, dove la pandemia ha avuto un impatto maggiore sulla salute psicologica rispetto a quella fisica (Cusinato et al., 2020, Bhopal et al., 2020).

Una revisione sistematica della letteratura fino a settembre 2020 ha evidenziato un deterioramento delle condizioni psicologiche dei giovani, soprattutto negli adolescenti, con un aumento di depressione, ansia e altri disturbi (Sniadach et al., 2021, Meherali et al., 2021). Questo effetto è più pronunciato nei soggetti con predisposizioni preesistenti o disturbi mentali. Va posta particolare attenzione ai disturbi alimentari e all'autolesionismo, che richiedono spesso ricovero ospedaliero. In Italia, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, i disturbi alimentari sono aumentati del 37% nella popolazione adolescente durante la pandemia.

Per affrontare la necessità di una ricerca sulla caratterizzazione dei disturbi psichiatrici correlati alla pandemia, uno studio condotto da Gatta et al. (2021) ha esaminato la popolazione di pazienti ricoverati in un'Unità di Neuropsichiatria in Veneto tra febbraio 2019 e marzo 2021, suddividendo il campione in due gruppi: il primo composto dai pazienti ricoverati tra febbraio 2019 e febbraio 2020 (gruppo pre-Covid) e il secondo tra marzo 2020 e marzo 2021 (gruppo Covid).

Lo scopo dello studio era confrontare i due gruppi su variabili sociodemografiche e cliniche per individuare cambiamenti significativi e identificare fattori di rischio legati alla pandemia al fine di implementare misure di prevenzione primaria e secondaria.

Per quanto riguarda le variabili anamnestico-cliniche e relative al ricovero, più della metà dei pazienti presentava una familiarità per patologie psichiatriche. L'84% di loro si era già rivolto ai servizi di neuropsichiatria o ad altre forme di aiuto psicologico. Il 40% riportava di aver subito almeno un evento traumatico maggiore e di soffrire di una o più patologie croniche non psichiatriche. Un aumento significativo è stato osservato nell'uso di dispositivi elettronici, con il 60% dei pazienti che li utilizzavano più di 4 ore al giorno dopo l'inizio della pandemia, rispetto al 40% precedente. Inoltre, si è notato un incremento nell'abuso di sostanze come droghe, alcol e tabacco, quest'ultimo in particolare. La maggioranza dei pazienti ricoverati erano adolescenti di sesso femminile tra i 12 e i 17 anni, confermando risultati documentati in letteratura (Bitsko et al., 2018, Lee et al., 2021). Tra gli adolescenti, la metà frequentava le scuole superiori, e un quarto le scuole medie. La prolungata sospensione delle attività scolastiche in presenza ha colpito maggiormente gli studenti delle superiori, sollevando dubbi sull'efficacia della chiusura delle scuole come misura anti-contagio, con suggerimenti che i danni psicologici superino i benefici relativi ai contagi (Armitage et al., 2020, Lancker et al., 2020).

Le differenze di genere hanno avuto un notevole impatto sulle diagnosi primarie, con le ragazze più inclini a ricevere diagnosi di disturbi affettivi, mentre i ragazzi presentano maggiori diagnosi di disturbi del comportamento. Queste differenze confermano risultati precedenti secondo cui i disturbi internalizzanti sono più comuni nelle femmine, mentre quelli esternalizzanti sono prevalenti nei maschi (Holder et al., 2017, Afifi et al., 2007, Merikangas et al., 2009). Le disparità di genere sono associate a vari fattori, tra cui vulnerabilità genetica, cambiamenti ormonali e neuropsichici, differenze nella personalità, meccanismi di coping

diversi e influenze delle credenze sociali e culturali (Afifi et al., 2007, Merikangas et al., 2020, Smail et al., 2021).

I dati che riguardavano il bullismo, la socializzazione tra pari e il tempo di utilizzo di dispositivi elettronici erano simili tra i campioni pre-Covid e durante il Covid. Come sappiamo dalla letteratura, c'è una forte associazione tra l'essere una vittima di bullismo e sintomi psicopatologici (Rossi et al., 2009, Plexousakis et al., 2019, Serafini et al., 2021).

In termini di altri fattori di rischio per lo sviluppo di patologie psichiatriche, i risultati erano simili in entrambi gli anni: la maggior parte dei pazienti aveva familiarità per disturbi psichiatrici, aveva genitori o parenti di primo grado che soffrivano di un'altra patologia, aveva precedentemente acceduto ai servizi di neuropsichiatria o richiesto altre forme di assistenza. Circa il 40% dei pazienti riportava di aver vissuto almeno un evento di vita traumatico ed erano anche affetti da una o più patologie non psichiatriche croniche.

2.4 L'impatto della pandemia sui disturbi alimentari in bambini e adolescenti

In Occidente una proporzione considerevole di giovani riporta l'esperienza di disturbi alimentari. Globalmente, dal 5,5% al 17,9% delle giovani donne e dallo 0,6% al 2,4% dei giovani uomini hanno sperimentato un disturbo alimentare secondo il DSM-5 all'inizio dell'età adulta.

I dati evidenziano che nel corso della vita, l'anoressia nervosa viene sperimentata dall'0,8% al 6,3% delle donne e dall'0,1% al 0,3% degli uomini, la bulimia nervosa dall'0,8% al 2,6% delle donne e dall'0,1% al 0,2% degli uomini, il disturbo da alimentazione incontrollata dall'0,6% al 6,1% delle donne e dall'0,3% al 0,7% degli uomini, altri disturbi specifici dell'alimentazione o dell'ingestione dall'0,6% all'11,5% delle donne e dall'0,2% all'0,3% degli uomini, e disturbi

dell'alimentazione o dell'ingestione non specificati dall'0,2% al 4,7% delle donne e dallo 0% all'1,6% degli uomini (Devoe et al., 2023).

Durante la pandemia da COVID-19, si è registrato un aumento dell'incidenza dei disturbi alimentari.

Si ritiene che le diverse misure di controllo del Covid abbiano contribuito all'aumento dei disturbi alimentari (Monteleone, 2021). Uno studio recente ha notato un impatto della pandemia sui comportamenti alimentari della popolazione generale, rilevando problematiche superiori rispetto al periodo precedente la pandemia (Ammar et al., 2020).

L'emergere di comportamenti alimentari problematici può essere attribuito alle strategie di contenimento della pandemia, come ordinanze di lockdown, distanziamento sociale e lavaggio delle mani, nonché all'incremento dell'attività fisica a casa e alle minacce di scarsità alimentare, che possono spingere all'accumulo di scorte alimentari (Castellini et al., 2020). Gli esperti dei disturbi alimentari suggeriscono che la pandemia potrebbe influenzare negativamente sia la gravità dei sintomi che la frequenza delle ricadute nei pazienti con diagnosi di disturbi alimentari (Castellini et al., 2020; Todisco et al., 2020; Touyz et al., 2020; Schnepper et al., 2020). Inoltre, la pandemia ha portato a conseguenze non intenzionali per coloro che soffrono di disturbi alimentari, comprese interruzioni della routine abituale (come frequentare la scuola e il lavoro), la perdita di controllo percepito (ad esempio, l'incertezza sul futuro), l'isolamento sociale aumentato, il disagio emotivo e livelli elevati di stress e difficoltà familiari (Touyz et al., 2020; Schnepper et al., 2020)

Diversi studi hanno dimostrato che la pandemia ha causato il deterioramento dei sintomi dei disturbi alimentari e un aumento delle ospedalizzazioni correlate a tali disturbi (Graell et al., 2020; Papandreou et al., 2020). Le chiusure improvvise e l'accesso limitato ai servizi ambulatoriali, ai trattamenti diurni e ai ricoveri hanno introdotto sfide uniche per le persone

con disturbi alimentari, inclusa l'identificazione di pazienti con nuovi disturbi alimentari e il riconoscimento di quelli con esacerbazione dei sintomi e ricadute (Richardson et al., 2020).

In particolare, questa review sistematica (Devoe et al, 2023) ha evidenziato un effetto positivo nell'aumento del numero di ospedalizzazioni per disturbi alimentari a seguito dell'inizio della pandemia. La media combinata di 11 studi ha mostrato un aumento del 48% del numero di ricoveri durante la pandemia rispetto a un periodo simile dell'anno precedente, con un aumento medio dell'83% nelle ammissioni pediatriche.

Altri studi qualitativi hanno fornito possibili motivi per il significativo aumento delle ospedalizzazioni, tra cui l'accesso ridotto ai servizi sanitari e il passaggio da trattamenti in presenza a cure in telemedicina (Branley-Bell et al., 2020; Clark Bryan et al., 2020).

Alcuni studi hanno investigato l'impatto del COVID-19 su diversi tipi di disturbi alimentari, evidenziando esiti variabili. In uno studio condotto da Hunter et al. (2021), i pazienti con anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) non hanno mostrato significative variazioni di peso e BMI, mentre quelli con binge eating disorder (BED) e BN hanno riportato episodi di abbuffate più frequenti (Termorshuizen et al., 2020).

In un altro studio di Sideli et al. (2021), i partecipanti con BED hanno registrato un aumento significativo degli episodi di abbuffate durante il lockdown, ma meno episodi rispetto all'ingresso iniziale nel trial 3 anni prima. La gravità dei disturbi alimentari è risultata più elevata durante il lockdown, e il BMI autodichiarato è risultato più basso.

Contrariamente, uno studio di Machado et al. (2020) non ha evidenziato variazioni significative nei sintomi dei disturbi alimentari e nel BMI dopo il lockdown per i pazienti con AN, BN, BED e OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorder). Tuttavia, la maggior parte degli studi riporta un peggioramento dei sintomi dei disturbi alimentari a seguito dell'inizio della pandemia.

Inoltre, uno studio di Castellini et al. (2020) ha rilevato un miglioramento della sintomatologia dei disturbi alimentari nei pazienti con AN e BN, e un aumento del BMI nei pazienti con AN, attribuibile all'attiva partecipazione a programmi di trattamento.

La variabilità dei risultati potrebbe derivare dall'eterogeneità degli effetti delle misure di salute pubblica della pandemia. Nonostante alcuni pazienti abbiano riportato un miglioramento, la maggior parte degli studi qualitativi indica un peggioramento dei sintomi e dei comportamenti dei disturbi alimentari, oltre a un deterioramento della salute mentale.

I sintomi di salute mentale, come depressione, ansia e stress, sono risultati peggiorati durante la pandemia. Questo impatto negativo si è riflesso anche nei pazienti con disturbi alimentari, che presentano già comorbidità psichiatriche significativamente maggiori (Devoe et al, 2022).

Tra i 53 studi inclusi nella revisione, solo 10 si sono concentrati sulla popolazione pediatrica. Tuttavia, uno di questi studi (Graell et al., 2020) ha indicato un peggioramento dei sintomi e degli stati emotivi in quasi la metà dei partecipanti pediatrici, con una percentuale significativa manifestante tendenze all'autolesionismo e al rischio suicidario. Altri studi pediatrici hanno riportato un peggioramento dei comportamenti alimentari, della depressione e dell'ansia durante la pandemia (Unver et al., 2020, Zeiler et al., 2021). In particolare, sono stati segnalati casi di significativa perdita di peso nei pazienti pediatrici (Unver et al., 2020), evidenziando un impatto più grave della pandemia sulla salute mentale dei giovani. Questa tendenza potrebbe contribuire al significativo aumento dei ricoveri pediatrici, con un aumento medio dell'83%, rispetto al modesto aumento del 16% osservato nei ricoveri degli adulti per disturbi alimentari.

2.5 L'impatto della pandemia su autolesionismo e comportamenti suicidari in bambini e adolescenti

Nell'ambito dello studio condotto presso l'ospedale di Padova (Gatta et al., 2021), emergono rilevanti differenze riguardo ai tentativi di suicidio. Nel passaggio dal gruppo pre-Covid al gruppo Covid, si è osservato un aumento dell'ideazione suicidaria, salendo dal 45.1% al 53.8%, mentre i tentativi di suicidio sono diminuiti dal 24.5% al 18.9%. Un cambiamento significativo si è manifestato nei metodi utilizzati durante l'anno del Covid. I tentativi di suicidio attraverso droghe o avvelenamento con farmaci sono aumentati dal 40% al 66.7%, e il taglio dei polsi è passato dal 4% all'11.1%, mentre si è registrata una diminuzione nei metodi classificati come altro (defenestrazione, caduta dall'alto, soffocamento e incidenti con veicoli) dal 56% al 22.2%. Successivamente, suddividendo il gruppo Covid nelle fasi della pandemia, si è notato un aumento dei pensieri suicidi (dal 50.9% al 57.9%) e un aumento dei tentativi di suicidio (dal 14.5% al 25.6%) tra la prima e la seconda ondata. Per quanto riguarda l'autolesionismo non con intento suicidario (NSSI), la percentuale di pazienti NSSI è rimasta relativamente stabile, passando dal 36.3% nell'anno pre-Covid al 37.5% durante l'anno del Covid. La frequenza degli atti di NSSI ha mostrato un aumento nel 2020, con il 47.2% dei pazienti che ha riportato una storia di NSSI occasionale (<5 atti all'anno) rispetto al 43.2% nell'anno pre-Covid. Per gli atti di NSSI ripetuta (> 5 atti all'anno), i pazienti mostravano una storia di questo tipo rispettivamente nel 52.8% e nel 56.8% dei casi. Un cambiamento nei modelli di autolesionismo è evidente, con un aumento del numero di pazienti che si feriscono una sola parte del corpo (65.6%) rispetto a quelli che si feriscono più parti (34.4%) nell'anno del Covid. Infine, si è osservato un significativo aumento dell'età media di esordio del NSSI rispetto all'anno pre-Covid, passando da 12.2 anni a 13.8 anni durante l'anno del Covid. Considerando

la differenza tra le due ondate, i pazienti che praticavano autolesionismo nella prima ondata erano il 29.9%, mentre nella seconda ondata hanno costituito il 48.8%.

In un altro studio che esplora l'autolesionismo non a intento suicidario, si evidenzia un significativo aumento tra la prima (29.1%) e la seconda ondata (48.8%), in sintonia con la letteratura che sottolinea un incremento di NSSI negli adolescenti durante la pandemia rispetto agli anni pre-Covid (Zetterqvist et al., 2021). Alcuni studi riportano un andamento a campana rovesciata, con un'iniziale diminuzione degli eventi di autolesionismo nei primi mesi del Covid seguita da un forte aumento nei mesi successivi (McIntyre et al., 2021).

Un altro studio (Hill et al., 2021) segnala che la seconda ondata della pandemia di Covid-19 ha influenzato significativamente i tassi di suicidio tra bambini e adolescenti, con una diminuzione del 50% delle ospedalizzazioni per tentativi di suicidio durante il lockdown (Marzo-Maggio 2020) secondo uno studio retrospettivo osservazionale condotto in Francia (Mourouvaye et al., 2021).

Un ulteriore studio (Ridout et al., 2021) mostra che l'incidenza delle emergenze legate ai tentativi di suicidio tra i giovani nel 2020 era comparabile a quella del 2019, con una diminuzione durante il lockdown rispetto al periodo corrispondente del 2019 e un aumento tra le ragazze nella seconda parte del 2020 rispetto allo stesso periodo nel 2019. I giovani senza precedenti accessi ai servizi di salute mentale hanno avuto più accessi nel 2020 rispetto al 2019.

I dati indicano un maggiore aumento dei pensieri suicidi rispetto ai tentativi effettivi, suggerendo la possibilità di un incremento dei suicidi in futuro. Una recente meta-analisi riporta che l'ideazione suicidaria è aumentata durante la pandemia da Covid-19 in un ampio campione proveniente da diversi paesi e popolazioni, rispetto agli studi sulla popolazione generale precedenti la pandemia (Farooq et al., 2021).

L'aumento dell'ideazione suicidaria nel periodo del Covid-19 è coerente con lo stress, l'ansia e la depressione causati dal prolungato periodo di lockdown e dall'interruzione delle attività scolastiche e sportive, noti fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti autolesionistici e anticonservativi (Miller et al., 2017, Raffagnato et al., 2020). La relativa riduzione dei tentativi di suicidio potrebbe essere attribuita all'azione limitante del lockdown su bambini e adolescenti, che erano sotto maggiore supervisione da parte dei genitori.

È importante notare che uno studio condotto negli U.S.A. aveva già evidenziato un allarmante aumento delle ospedalizzazioni per ideazione suicidaria e tentativi di suicidio tra bambini e adolescenti tra il 2008 e il 2015, con una percentuale che quasi raddoppiava tra il primo e l'ultimo anno considerato nello studio (Plemmons et al., 2015). Anche in Italia, alcuni ospedali del Centro e del Nord hanno osservato questo fenomeno (Castaldo et al., 2020).

Gli effetti del COVID-19 sulle dinamiche di suicidio sono evidenti in un recente studio giapponese che ha rilevato una riduzione del 14% nei tassi di suicidio durante i primi 5 mesi della pandemia, seguita da un aumento del 16% nei successivi 4 mesi, soprattutto tra le donne (37%) e tra bambini e adolescenti (49%) (Tanaka et al., 2021).

Lo studio suggerisce che la diminuzione dei tentativi di suicidio durante la prima ondata potrebbe essere attribuita non solo a un maggior controllo da parte dei genitori, ma anche alla temporanea riduzione dello stress sociale e delle performance dovuta alla chiusura delle scuole. Al contrario, l'aumento dei tassi di suicidio durante la seconda ondata potrebbe essere stato indotto dallo stress del ritorno a scuola. Il ritorno sui banchi, con nuovi ritmi e regole, insieme all'ansia sociale di molti studenti e all'incertezza dovuta ai continui cambiamenti delle routine

causati dalla curva dei contagi in salita, potrebbe aver avuto un effetto rebound sullo stato psicologico dei più giovani.

2.6 “Revolving door” – il problema delle riospedalizzazioni

Il termine “revolving door” si riferisce ad un fenomeno spesso collegato all'ospedalizzazione neuropsichiatrica infantile. Questo termine indica l'occorrenza, per lo stesso paziente, di ripetute ospedalizzazioni in reparti psichiatrici in brevi periodi di tempo (Raffagnato et al, 2022).

Studi recenti suggeriscono che un giovane su quattro viene ricoverato nuovamente in un ospedale psichiatrico entro un anno dalla dimissione, ma la maggior parte delle riammissioni avviene entro tre mesi (Edgecomb et al, 2020).

La necessità di nuovi ricoveri di pazienti già precedentemente ammessi indica generalmente una scarsa qualità dell'assistenza psichiatrica e un processo di transizione non riuscito da parte del servizio territoriale di salute mentale. Le riospedalizzazioni sono anche particolarmente dannose per il paziente e la sua famiglia poiché interferiscono con le attività lavorative e scolastiche, possono anche innescare atteggiamenti stigmatizzanti e diventare causa di stress psicologico ed emotivo (Bobier et al, 2005).

Secondo gli studi di follow-up, il 21-26% degli adolescenti in cura psichiatrica diventa utente frequente dei servizi psichiatrici (Goldstein et al, 2007), e circa un quarto dei pazienti dimessi sperimenta riammissioni ospedaliere entro un anno (Blader et al, 2004; Fontanella et al, 2008; Philips et al, 2020).

Il rischio più elevato di riospedalizzazione si verifica nei primi 3 mesi dalla dimissione (Blader et al 2004), e la durata della prima ospedalizzazione correla con il rischio di riammissione (Case et al, 2007; Grudnikoff et al, 2019; van Alphen et al, 2017).

Infatti, ogni giorno aggiuntivo di ospedalizzazione, durante il primo episodio di ricovero psichiatrico, aumenta la possibilità di riammissioni del 17% (James et al, 2010).

I risultati hanno mostrato che i predittori più consistenti per le riammissioni sono la gravità dei sintomi e il funzionamento globale dei pazienti (Romansky et al 2003, Fontanella et al, 2008, Gearing et al, 2009).

Esistono prove miste sia a favore che contro il ruolo della diagnosi nella previsione della riammissione ospedaliera (RO). Alcuni studi hanno concluso che le diagnosi psichiatriche non sembrano prevedere le riammissioni (Romansky et al, 2003, Grudnikoff et al, 2019, James et al, 2010, Bobier et al, 2005, Barker et al, 2010, McCarthy et al, 2017), mentre altre evidenze hanno mostrato che gli adolescenti con disturbo psicotico (Arnold et al, 2003, Feng et al, 2017, Kagabo et al, 2017, Pieterse et al, 2016), disturbo schizofrenico (Cheng et al, 2017, Manu et al, 2014) e disturbo bipolare (Philips et al, 2020, Feng et al, 2017, Kagabo et al, 2017, Pieterse et al, 2016) sono a rischio elevato di riospedalizzazione.

Inoltre, l'aggravamento dei sintomi psichiatrici è considerato responsabile delle riammissioni (nel 73-85% dei casi) entro 30 giorni dalla dimissione (Grudnikoff et al, 2019) e la presenza di una o più comorbidità psichiatriche è associata a una maggiore probabilità di riammissioni singole e multiple (Philips et al, 2020).

Le caratteristiche demografiche, come età, genere, storia psichiatrica familiare e status socioeconomico, sono state suggerite come ulteriori fattori di rischio per le riammissioni.

Gli adolescenti che hanno sperimentato il primo ricovero in giovane età sembrano essere più inclini a multiple ospedalizzazioni nel corso della loro vita, come evidenziato da diversi studi (James et al., 2010; Arnold et al., 2003). Questa tendenza suggerisce che l'età al momento del primo ricovero può influenzare significativamente il percorso successivo del paziente all'interno del sistema di assistenza psichiatrica.

Al contrario, altri studi hanno trovato che gli adolescenti più anziani sono stati più spesso riammessi in reparti psichiatrici rispetto a quelli più giovani (Romansky et al, 2003, Fontanelle et al, 2008, Feng et al, 2017, Cheng et al, 2017).

Riguardo al genere, le femmine sono più spesso riammesse in ospedale rispetto ai maschi (Gearing et al, 2009, Fadum et al, 2014), con alcune eccezioni (McCarthy et al, 2017, Czyn et al, 2016, Trask et al, 2016).

La presenza di una storia familiare di problemi di salute mentale è un ulteriore fattore di rischio per le riammissioni (Tossone et al, 2014, Bitsko et al, 2016, Mok et al, 2016).

Allo stesso modo, relazioni conflittuali tra genitori e figli (Blader et al, 2004), così come fattori ambientali e sociali avversi (Victorino et al, 2009), possono influire negativamente sulla salute mentale dei bambini e, quindi, aumentare il rischio di riammissione nella cura psichiatrica (Tossone et al, 2014).

In particolare, lo stress e la malattia dei genitori e una famiglia monogenitoriale sono stati identificati come causa immediata del 13,4% delle riammissioni (Grudnikoff et al, 2019).

I bambini esposti a gravi maltrattamenti durante l'infanzia o i giovani che vivono in affido sono stati anche più propensi a essere ricoverati nuovamente (Persi et al, 2008).

Tra i fattori di rischio per le riospedalizzazioni, le condizioni cliniche come l'ideazione suicidaria, i comportamenti autolesionistici e i tentativi di suicidio hanno la prevalenza più elevata (van Alphen et al, 2017, Berona et al, 2017, Joyce et al, 2019). Infatti, gli adolescenti con riammissioni ripetute hanno il doppio delle probabilità di tentativi di suicidio (Similä, et al, 2018, Tossone et al, 2014).

In particolare: il 18% di loro ha tentato il suicidio entro 6 mesi dalla dimissione e il 28% viene riammesso in unità psichiatriche a causa del rischio suicidario (Yen et al, 2013).

Inoltre, l'ideazione suicidaria e la presenza di pensieri e comportamenti autolesionistici dopo

la dimissione sono fortemente correlati alle riammissioni (McCarthy et al, 2017, Yen et al, 2013, Czyz et al, 2016, Czyz et al, 2008, Prinstein et al, 2008, Wolff et al, 2018).

Secondo lo studio di Lachal et al, il suicidio rappresenta una sfida significativa per la salute pubblica durante l'adolescenza. Essendo la seconda causa di morte tra i 15 e i 25 anni, coinvolge oggi gli adolescenti in età sempre più precoce (Vandevoorde et al, 2015, Herbert et al, 2017, Kennedy et al, 2004).

Se il numero assoluto di decessi per suicidio è relativamente basso durante l'adolescenza, il numero di tentativi di suicidio è, al contrario, estremamente elevato: nel 2010, l'8% dei giovani tra i 15 e i 25 anni ha riportato di aver avuto pensieri suicidi, e il 3,1% ha dichiarato di aver tentato il suicidio (Inagaki et al, 2015). Tra i 15 e i 25 anni, tra il 5% e il 10% degli adolescenti tenta il suicidio (Inagaki et al, 2015, Asarnow et al, 2017).

Oltre al rischio di morte a breve termine legato alle conseguenze dell'atto, il tentativo di suicidio di un adolescente comporta numerose conseguenze in termini di morbilità e mortalità a lungo termine. La tendenza suicida adolescenziale è infatti fortemente correlata a diversi disturbi psichiatrici, in particolare i disturbi dell'umore (17,4%), le dipendenze (3,1%) e i disturbi psicotici (3,8%) (Inagaki et al, 2015). Il rischio di persistenza di disturbi psichiatrici è significativo, influenzando negativamente la prognosi a lungo termine (Shaffer et al, 2001). Huey et al nel 2004 hanno confrontato l'evoluzione a 10 anni di adolescenti ricoverati in pronto soccorso per autolesioni e il rischio di mortalità a 10 anni è del 61% superiore nelle ragazze e del 113% nei ragazzi.

Tuttavia, la sfida più significativa dopo un gesto suicida è quella della prevenzione delle recidive. Secondo gli studi, il tasso di recidiva dopo un tentativo di suicidio in adolescenza è stimato tra il 20% e il 50% (Inagaki et al, 2015, Shaffer et al, 2001, Rotherham-Borus et al, 1994, Burns et al, 2008, Gautier et al, 2005). Se molti tipi di interventi terapeutici hanno

dimostrato la loro efficacia nella prevenzione delle recidive suicidarie (Blondon et al, 2007, Chatagner et al, 2013, Asarnow et al, 2008), gli studi riportano che solo il 50% degli adolescenti ricoverati in pronto soccorso viene indirizzato a un trattamento psicoterapeutico (Rotherham-Borus et al, 1994, Stewart et al, 2002, Londino et al, 2003). Tra questi adolescenti, l'aderenza al trattamento è molto bassa e gli abbandoni sono molto frequenti.

Gli adolescenti con tentativi di suicidio alle spalle sono tra i gruppi di pazienti meno aderenti alle cure. Secondo gli studi e i metodi di calcolo, la mancata aderenza al trattamento dopo un tentativo di suicidio in questa popolazione varia dal 25% a quasi l'80% (Shaffer et al, 2001, Rotherham-Borus et al, 1994, Spirito et al, 2002, Kruesi et al, 1999).

Le ragioni addotte dagli adolescenti includono la difficoltà nel parlare di esperienze dolorose, l'esitazione nell'essere indirizzati verso uno psicoterapeuta sconosciuto, i tempi di attesa per le consultazioni e le resistenze dei genitori (Shaffer et al, 2001).

Sul piano psicopatologico, si possono anche considerare i fattori ambientali (vincoli finanziari, amministrativi, coinvolgimento delle squadre mediche), familiari (resistenze dei genitori in parte legate alla loro difficoltà nel valutare la gravità della sofferenza del loro adolescente) e legati al trattamento (preconcetti individuali e sociali).

Sul piano individuale, inoltre, è fondamentale considerare la presenza di comorbilità psichiatriche, come dipendenze e disturbi di condotta (Shaffer et al., 2001, Spirito et al., 2002, Lorillard et al., 2015).

La letteratura scientifica documenta un costante aumento dei ricoveri psichiatrici di bambini e adolescenti nell'ultimo decennio, anche prima dell'insorgere della pandemia da COVID-19 (Di Lorenzo et al, 2016; Lee et al, 2021; Zima et al, 2016, Gatta et al 2022), con una carenza già significativa di posti letto nelle unità italiane di neuropsichiatria infantile rispetto alle necessità

stimate nell'era pre-pandemica. La pandemia da COVID-19 e le misure adottate per contenerla si inseriscono quindi in questo scenario preoccupante.

I dati sulle riammissioni ospedaliere post-dimissione nello studio di Raffagnato et al hanno mostrato che nel periodo pre-pandemico le ricadute erano del 16,7%, mentre nel periodo pandemico questa percentuale è salita al 26,2%, il che significa che nell'era pandemica, rispetto a quella pre-pandemica, più pazienti ricoverati erano già stati ospedalizzati almeno una volta. Considerando il numero totale di ricoveri ospedalieri per paziente, il 75% dei pazienti ricoverati tre o più volte apparteneva al gruppo COVID-19. Questa percentuale nel periodo COVID-19 includeva anche pazienti ricoverati fino a cinque/sei/sette volte; questi livelli di ospedalizzazione non sono mai stati raggiunti dal gruppo pre-COVID-19.

Inoltre, i pazienti con almeno una riammissione entro un anno dalla dimissione erano il 76,3% nel gruppo COVID-19 e solo il 23,7% nel gruppo pre-COVID-19.

Più della metà (55,3%) di questi pazienti erano "revolving doors", poiché la riammissione ospedaliera avveniva entro tre mesi dalla dimissione.

Dato che questi dati mostravano che il fenomeno delle riammissioni ospedaliere (RO) era molto più frequente nel periodo pandemico rispetto a quello pre-pandemico, si è ritenuto opportuno effettuare ulteriori analisi riguardanti solo i pazienti colpiti da questo fenomeno.

È emerso che il "gruppo RO pre-COVID-19" e il "gruppo RO COVID-19" non differivano significativamente per: sesso (circa il 78% di femmine e il 22% di maschi in entrambi i gruppi), presenza di familiarità psichiatrica (66,7% vs 58,6%), problemi scolastici (88,9% vs 62,1%), comorbilità psichiatrica (77,8% vs 72,4%), ideazione suicidaria (88,9% vs 72,4%), atto autolesivo (33,3% vs 31,0%), NSSI (66,7% vs 62,1%), revolving door, ovvero riammissione entro 3 mesi dalla dimissione (33,3% vs 62,1%).

È interessante notare che l'85,7% dei pazienti "revolving door" apparteneva al gruppo COVID-19.

Considerando ancora lo studio di Raffagnato et al e in particolare riguardo al tempo di riammissione, il numero medio di giorni prima della seconda ospedalizzazione era considerevolmente più basso per il gruppo COVID-19 RO, 97 giorni, rispetto al gruppo pre-COVID-19 RO, 157 giorni.

La durata media della seconda ospedalizzazione dei pazienti che avevano avuto una ricaduta era di 25,3 giorni nel gruppo pre-COVID-19 e 19,2 giorni nel gruppo RO COVID-19.

Le riammissioni in reparti psichiatrici sono spesso correlate a servizi e trattamenti insufficientemente adeguati (Burns et al., 2004). La qualità dei servizi post-dimissione è stata identificata come un elemento cruciale nella prevenzione delle ospedalizzazioni (James et al., 2010, Cheng et al., 2017, Carlisle et al., 2012, Trask et al., 2016).

Gli adolescenti dimessi con livelli più bassi di assistenza presentano un rischio maggiore di riammissione rispetto a coloro che ricevono livelli più elevati (Fontanella et al., 2008). Inoltre, il ricevimento di servizi di supporto ha ridotto il rischio del 76% rispetto a chi non ha ricevuto alcun servizio post-dimissione (James et al., 2010).

2.7 Protocollo post-dimissione da reparti di neuropsichiatria infantile

L'interruzione dei servizi essenziali di salute mentale è stata riportata in molti paesi durante la pandemia, sebbene nessuno stato abbia completamente sospeso tali servizi. La maggior parte ha subito delle interruzioni, comprese quelle di servizi essenziali, di emergenza e salvavita. I settori più colpiti sono stati quelli del territorio, della prevenzione e della promozione, oltre ai servizi specifici per alcune fasce d'età come adulti e bambini (WHO, 2020).

Per quanto riguarda il piano terapeutico al momento della dimissione, prendiamo in considerazione uno studio di Gatta et al., 2021 che confronta un campione di pazienti divisi in un gruppo pre-Covid e in un gruppo Covid. La psicoterapia è stata suggerita all'84.1% dei pazienti pre-Covid rispetto al 75.5% dei pazienti dell'anno del Covid.

Al contrario, per la farmacoterapia, si è registrato un aumento (81.4% nei pazienti pre-Covid e 88.4% dei pazienti del gruppo Covid). Pur mantenendosi invariate le percentuali dei pazienti con politerapia farmacologica rispetto alla monoterapia (77%), si osserva una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda l'associazione di neurolettici con altri farmaci (44% nell'anno pre-Covid e 61% nell'anno del Covid) e l'uso di antidepressivi in monoterapia (dal 2 al 5.3%)

Il maggiore utilizzo di farmaci neurolettici è correlato al management dei disturbi di disregolazione comportamentale ed emotiva, spesso associati a condotte autolesionistiche e disturbi alimentari più gravi, in particolare per quanto riguarda l'anoressia nervosa (Gorrel et al., 2020, Ernst et al., 2004). Sottolineare l'importanza della collaborazione tra la sanità e i servizi di salute mentale locali nel campo della neuropsichiatria dello sviluppo è essenziale per garantire la continuità durante le varie fasi del trattamento.

2.8 Supporto Digitale nell'Assistenza Psichiatrica Infantile

I servizi di salute mentale online rappresentano un supporto prezioso per le persone che affrontano tensioni mentali, sfruttando tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Lal et al, 2014). Questi servizi offrono un vasto potenziale per migliorare l'assistenza sanitaria (Hollis et al, 2017, Domhardt et al, 2020). I loro vantaggi includono una copertura estesa dei servizi di trattamento, l'eliminazione dei tempi di viaggio grazie a una pianificazione degli appuntamenti più flessibile e personalizzata, oltre a fornire servizi a bassa soglia (Feijt et al, 2020, Bauer et al, 2005) ovvero servizi che sono facilmente accessibili, flessibili e progettati

per essere meno restrittivi o formali rispetto ad altri servizi tradizionali. Questi servizi sono progettati per ridurre le barriere all'accesso, consentendo alle persone di ottenere aiuto o supporto in modo rapido e senza formalità eccessive.

Inoltre, la distanza fisica introdotta dalla terapia online, ad esempio attraverso videoconferenza, può tradursi in una minore dipendenza dal terapeuta e in una maggiore disinibizione nelle dichiarazioni dei pazienti. Questa modalità offre anche la possibilità di ottenere informazioni aggiuntive osservando i pazienti nel loro ambiente domestico, un aspetto che può risultare utile nel contesto del trattamento (Feijt et al, 2020).

Servizi di supporto post-dimissione sufficienti e personalizzati per i pazienti e le loro figure di attaccamento potrebbero sostenere un adeguato reinserimento e accompagnare la sfida della transizione dopo la dimissione (Tougas et al, 2019, Chen et al, 2020).

L'aumento significativo della domanda e dell'utilizzo dei servizi di salute mentale online è emerso con particolare evidenza dall'inizio della pandemia di COVID-19 (Feijt et al, 2020; Van Daele et al, 2020; Ellis et al, 2021). In particolare, nel contesto dell'assistenza post-ricovero, i servizi di salute mentale online si presentano come un'opportunità per integrare il trattamento ospedaliero, colmando il divario con le cure ambulatoriali. Questo approccio si basa sull'utilizzo delle relazioni terapeutiche già esistenti, sostenendo senza interruzioni la transizione dai contesti ospedalieri psichiatrici alla vita quotidiana (Bauer et al, 2005; Bauer et al, 2012).

Una recente revisione sugli interventi post-dimissione dalla cura psichiatrica ospedaliera per bambini e adolescenti ha identificato solo due studi randomizzati controllati in questo settore, e nessuno di essi ha esaminato specificamente un intervento supportato digitalmente (Chen et al, 2020). Tuttavia, uno studio di fattibilità discusso nella revisione (Chen et al, 2020) ha evidenziato un interesse diffuso nel potenziale utilizzo di un'applicazione per smartphone

finalizzata a implementare un piano di sicurezza digitale al momento della dimissione (Gregory et al, 2017).

Studi sull'efficacia dei servizi digitali di assistenza post-dimissione per adulti suggeriscono impatti benefici sullo sviluppo post-dimissione dei pazienti (Ebert et al, 2013; Kordy et al, 2006; Zwerenz et al, 2017; Henneman et al, 2018; Zwerenz et al, 2017). Questo scenario sottolinea il potenziale positivo che le soluzioni digitali possono apportare nel supportare in modo efficace la transizione e il benessere dei pazienti che escono da cure psichiatriche ospedaliere, specialmente nel contesto delicato dell'assistenza a bambini e adolescenti.

Il programma innovativo di assistenza post-dimissione denominato DigiPuR ("Digital gestützte Psychotherapie und Reintegration", psicoterapia e reintegrazione supportate digitalmente) si propone di consolidare e, idealmente, ampliare i successi ottenuti durante un trattamento psichiatrico parziale o completo per bambini e adolescenti in ospedale (Finkbeiner et al, 2022). L'obiettivo è ridurre il rischio di un peggioramento dei sintomi e dei ricoveri successivi. Nel gruppo di intervento di DigiPuR, viene implementata una comunicazione diretta attraverso chiamate video regolari e sicure, insieme a un sistema di messaggistica che coinvolge l'ospedale, la famiglia, la scuola e, se necessario, supporti esterni. Questo approccio consente di individuare e affrontare precocemente eventuali problematiche da diverse prospettive, facilitando, quando necessario, le transizioni verso strutture ambulatoriali.

L'analisi degli aspetti emotivi e comportamentali dei bambini e degli adolescenti, considerando il loro contesto sociale, si allinea al principio della terapia multisistemica (Henggeler, 2001). Questo approccio implica una valutazione globale che tiene conto dell'ambiente sociale dei pazienti, favorendo una comprensione più approfondita dei problemi e una progettazione personalizzata delle transizioni verso la cura ambulatoriale.

L'efficacia del programma di assistenza digitale DigiPuR viene valutata attraverso uno studio controllato randomizzato, confrontando il gruppo di intervento con un gruppo di controllo che riceve assistenza post-dimissione regolare (Finkbeiner et al, 2022). Lo studio segue un design di gruppi paralleli naturalistico e include valutazioni longitudinali pre-dimissione, post-dimissione e a 8, 24 e 36 settimane dopo la dimissione. Un'ulteriore valutazione ambulatoriale quotidiana basata su smartphone, considerando la prospettiva triadica di pazienti, genitori e insegnanti, permette un'analisi approfondita delle differenze nelle vite quotidiane dei partecipanti. Questa valutazione ambulatoriale integrata fornisce misurazioni ecologicamente valide, riducendo al contempo il rischio di bias retrospettivo (Trull et al, 2013). Le risposte dalla valutazione ambulatoriale sono elaborate graficamente settimanalmente per i terapeuti durante l'assistenza post-dimissione (Bauer et al, 2012). Il modello concettuale completo degli esiti dell'assistenza sanitaria mentale per bambini e adolescenti (Hoagwood et al, 1996) è utilizzato come base per valutare il successo del trattamento e l'efficacia complessiva del servizio. Il modello propone cinque domini di esito (sintomi, funzionamento, prospettive dei consumatori, ambienti, sistemi), fornendo una prospettiva olistica sugli impatti degli interventi (Hoagwood et al, 1996). Le valutazioni in DigiPuR riflettono questa visione multiperspettiva sulla fase di reintegrazione, con strumenti specifici che mirano a esaminare ciascun dominio. L'obiettivo è valutare l'applicabilità generale, l'accettazione e l'efficacia complessiva del programma di assistenza digitale per lo sviluppo di strutture specifiche per l'assistenza post-dimissione.

L'implementazione di DigiPuR nella pratica clinica richiede un bilanciamento tra la comparabilità scientifica e la fattibilità pratica nel design e nella valutazione scientifica, con un focus sull'offerta di assistenza post-dimissione flessibile e personalizzata per le esigenze individuali dei pazienti.

Nel gruppo di intervento, si conducono videochiamate regolari fino a 8 settimane dopo la dimissione, e pazienti, genitori e insegnanti hanno un canale di comunicazione diretta con il terapeuta tramite un sistema di messaggistica sicuro. Questo approccio mira a stabilizzare i successi del trattamento dopo la dimissione e, se necessario, a facilitare la transizione ai servizi ambulatoriali. Oltre alle indagini pre-post-follow-up, la valutazione ambulatoriale fornisce dati giornalieri ecologicamente validi sulla fase di reintegrazione, affrontando le tensioni psicologiche e le esacerbazioni in una fase precoce, con l'obiettivo di ridurre le ricadute.

L'ampliamento dello spettro dei servizi tradizionali attraverso l'uso dei media digitali come strumenti contemporanei può migliorare l'assistenza psichiatrica per bambini e adolescenti. La pandemia da COVID-19, agendo come una crisi imprevista con notevoli stress mentali per questa popolazione, può allo stesso tempo accelerare l'adozione della E-Mental-Health nell'assistenza sanitaria.

2.9 Progetto “dimissioni protette” nell’Unità di Neuropsichiatria Infantile dell’Ospedale di Padova

L'aumento della prevalenza dei disturbi psichiatrici tra bambini e adolescenti è una sfida significativa che richiede un approccio complesso e innovativo. Il trattamento delle "Dimissioni Protette" rappresenta un'opzione innovativa e potenzialmente efficace per affrontare questa problematica.

Sono ormai riconosciuti in letteratura i motivi di questo aumento: stress sociale, pressioni accademiche, cambiamenti nelle dinamiche familiari, esposizione a traumi e l'uso crescente della tecnologia (Wille et al, 2008).

I disturbi psichiatrici hanno un forte impatto sulla vita quotidiana, sul rendimento scolastico, sulle relazioni familiari e sociali e sul benessere generale dei bambini e degli adolescenti che ne soffrono.

Nel contesto attuale, l'innovativo approccio delle "Dimissioni Protette" emerge come una soluzione rivoluzionaria nel trattamento dei disturbi psichiatrici. La novità di questo approccio si evidenzia nella transizione graduale dal contesto ospedaliero a quello domestico, mantenendo un costante sostegno e supervisione da parte di personale sanitario specializzato. Ciò si traduce in un potenziamento dell'empowerment del paziente e della famiglia nel processo di cura, contribuendo significativamente al miglioramento complessivo della qualità della vita. Un aspetto fondamentale delle Dimissioni Protette è la considerazione della diversità dei bisogni individuali nel trattamento dei disturbi psichiatrici. Questo approccio innovativo si adatta in modo personalizzato alle esigenze specifiche di ciascun individuo, offrendo un ventaglio di opportunità per potenziare l'efficacia del percorso di guarigione.

Il processo delle Dimissioni Protette inizia con una valutazione completa e approfondita del paziente, andando oltre la semplice analisi dei sintomi psichiatrici. Questa valutazione comprende la comprensione del contesto individuale, delle esperienze passate e delle risorse disponibili, identificando così le specifiche esigenze del paziente.

Basandosi su questa valutazione iniziale, viene elaborato un piano di trattamento su misura per affrontare le esigenze specifiche del paziente. Tale piano può abbracciare una combinazione di terapie psicologiche, interventi farmacologici, supporto sociale e altre strategie personalizzate. Un elemento distintivo delle Dimissioni Protette è l'attivo coinvolgimento del paziente nella definizione degli obiettivi e delle strategie di trattamento. Questa partecipazione attiva favorisce un senso di responsabilità nel percorso di guarigione.

L'adattabilità delle Dimissioni Protette consente la modifica del piano di trattamento in base all'evolversi delle esigenze del paziente nel tempo, essenziale per affrontare cambiamenti nelle condizioni di salute mentale, nuove sfide o progressi positivi.

Un aspetto significativo è il focus non solo sui sintomi e sulle sfide, ma anche sulle risorse e sulle forze individuali del paziente. Questo approccio positivo mira a potenziare le abilità già presenti nel paziente, promuovendo una guarigione più solida.

La progettazione personalizzata delle Dimissioni Protette coinvolge la rete di supporto del paziente, inclusi familiari e amici, creando un ambiente di supporto più ampio e sostenibile.

Il progresso del paziente viene costantemente monitorato, consentendo un adeguamento tempestivo delle strategie di trattamento. Questo monitoraggio è essenziale per garantire che il percorso di guarigione rimanga allineato alle esigenze in evoluzione del paziente.

In generale, l'implementazione di approcci innovativi come le Dimissioni Protette può rappresentare un passo significativo verso la promozione della salute mentale tra i giovani, migliorando l'accesso ai servizi e sostenendo un recupero più completo.

È importante sottolineare l'ostracismo sociale nei confronti dei bambini e degli adolescenti con disturbi psichiatrici, un problema complesso che impatta significativamente sulla loro salute mentale e sul benessere emotivo complessivo. Questi individui possono sperimentare isolamento, bassa autostima, ansia e depressione, influenzando negativamente la loro partecipazione sociale e lo sviluppo emotivo (Wille et al, 2008).

Considerando le radici e le cause dell'ostracismo sociale, spesso legate a stereotipi, mancanza di comprensione o pregiudizi diffusi nella società, emerge la necessità di affrontare questo problema. Strategie di successo nella lotta contro l'ostracismo sociale hanno dimostrato miglioramenti tangibili nella vita dei bambini e degli adolescenti con disturbi psichiatrici, offrendo ispirazione per futuri sforzi in questo campo.

Affrontare l'ostracismo sociale richiede un approccio globale, coinvolgendo istituzioni educative, comunità, famiglie e individui. L'obiettivo è creare un ambiente che promuova la comprensione, la compassione e l'inclusività per tutti, indipendentemente dalle sfide psichiatriche che possano affrontare (Sickel et al, 2014).

Un numero sempre più considerevole di bambini e adolescenti con disturbo psichico necessita di accedere a cure altamente specializzate che possono essere fornite solo in regime di ricovero (Garralda et al, 2000).

Da marzo 2017 sono stati attribuiti 6 posti letto alla UOC di NPI dell'Azienda Ospedaliera di Padova per le acuzie psichiatriche, a fronte di un costante aumento dei ricoveri per tali patologie negli ultimi anni.

In particolare lo stretto raccordo tra servizi ospedalieri e territoriali di Neuropsichiatria Infantile (NPI) è indispensabile per minimizzare il ricorso al ricovero stesso, garantire la possibilità di ammissione al reparto in tempi stretti, ridurre la durata del ricovero, facilitare la dimissione protetta e la successiva presa in carico territoriale, e in generale ottimizzare l'utilizzo di risorse.

Il progetto in questione si inserisce in questo contesto, prevedendo l'attivazione in via sperimentale di un Team per le Dimissioni Protette (TDP) in Neuropsichiatria Infantile che si interfacci tra sanitario e socio-sanitario. Trattasi di un nuovo e moderno dispositivo finalizzato a sostenere il passaggio dall'ambiente ospedaliero a quello territoriale del minore ricoverato per disturbo psichiatrico acuto.

Si avrebbe così la possibilità di una risposta specialistica ed innovativa, cogestita da pubblico e privato, per una emergenza sanitaria sempre più frequente e complessa, in cui si ritiene che il coinvolgimento dell'ambiente e del contesto sociale sia necessario nel progetto riabilitativo.

Il TDP prevede un modello guida delle azioni basato sullo studio e sulla rielaborazione di esperienze europee e americane già scientificamente riconosciute. Pur nelle loro diversità, i

vari modelli di intervento basato sulla gestione della crisi in modo flessibile tra ospedale e territorio, ivi compreso il domicilio, e integrata con i servizi, hanno già dato evidenza di efficacia (Finkbeiner et al, 2022, Henggeler et al, 2009).

Esistono diversi approcci e interventi mirati che dimostrano efficacia nel campo della neuropsichiatria infantile. Ad esempio, gli interventi di Home visiting, condotti da Neuropsichiatri Infantili e infermieri per visite a domicilio e monitoraggio sanitario, coinvolgono anche psicologi ed educatori esperti. Questo approccio è finalizzato a promuovere e sostenere fattori di protezione e resilienza direttamente nei contesti di accudimento del minore. L'Home visiting si è dimostrato uno strumento operativo utile per aiutare e sostenere la genitorialità fragile, rappresentando un efficace mezzo di prevenzione, come dimostrato da ricerche internazionali basate su evidenze (Hanlon Dearman et al., 2017; Hoffman, et al., 2006; Marvin et al., 2002).

Un altro approccio notevole è rappresentato dalla Multisystemic Therapy (terapia multisistemica), che fornisce servizi a varia intensità, integrandosi con interventi familiari, comportamentali e psicoeducativi. Questo approccio è progettato per prevenire il collocamento extrafamiliare e ridurre comportamenti esternalizzanti (Henggeler et al., 2009; Pane, White et al., 2013).

Inoltre, sia l'Inghilterra con gli Intensive Outreach Teams (IOT) che la Svizzera con le Equipe mobile adolescents (EMA) hanno implementato équipe multiprofessionali di operatori specificamente formati. Queste équipe affiancano in modo intensivo gli utenti con gravi disturbi neuropsichici e le loro famiglie a domicilio, nei contesti di vita, in attività semiresidenziali e nel ricovero ospedaliero. Gestiscono in modo integrato le fasi di preacuzie, acuzie e post acuzie, offrendo un supporto completo e personalizzato.

Sono state condotte diverse procedure di intervento nell'ambito del progetto TDP:

- Individuazione dei minori: l'UOC NPI ha identificato i minori da inserire nel gruppo sperimentale.

- Proposta e consenso: è stata proposta alle famiglie l'opportunità di partecipare al progetto TDP, e si è proceduto alla raccolta del consenso informato da parte dell'UOC NPI.
- Confronto iniziale: un primo confronto è avvenuto tra l'UOC NPI e il coordinatore del progetto d'intervento del Centro Train de Vie sul caso.
- Attivazione dell'equipe multidisciplinare TDP: l'UOC NPI ha attivato e definito l'equipe multidisciplinare TDP, composta da educatori, psicologi/psicoterapeuti, neuropsichiatri infantili e infermieri.
- Discussione del caso in equipe: l'equipe multidisciplinare TDP ha discusso il caso.
- Attivazione delle consulenze: durante il ricovero si sono attivate consulenze psicologiche e/o pedagogiche con genitori e utenti e il personale del TDP che successivamente svolgerà l'intervento previsto nel Progetto Individualizzato di Dimissione Protetta (PIDP).
- Raccolta del materiale testale e analisi delle risorse: è stato raccolto del materiale testale in regime di ricovero e sono state analizzate le risorse e i bisogni reali del nucleo familiare.
- Condivisione e implementazione del PIDP: le informazioni raccolte sono state condivise, e si è proceduto con l'implementazione del PIDP che include la valutazione multidimensionale in diverse aree, indicando i soggetti coinvolti, le azioni previste, gli strumenti e le attività di verifica.
- Consulenza e condivisione del PIDP: è stata svolta una consulenza con il minore e i genitori per la restituzione e la condivisione del PIDP in regime di ricovero da parte del personale del TDP.
- Accompagnamento alle dimissioni: il personale educativo, in collaborazione con la famiglia, ha accompagnato il minore alle dimissioni e al rientro nel contesto familiare

- Attivazione degli interventi domiciliari e ambulatoriali: si sono attivati interventi domiciliari e ambulatoriali educativi, psicologici, medici, di assistenza infermieristica e di eventuale monitoraggio farmacologico previsti nel PIDP, in collaborazione con i servizi territoriali.
- Monitoraggio del PIDP: sono state avviate attività di monitoraggio e verifica del PIDP attraverso gli strumenti e dispositivi previsti, compresa la somministrazione di test post ricovero con cadenza trimestrale.
- Coordinamento e raccordo: è stato mantenuto un coordinamento e raccordo costante con UOC NPI, servizi territoriali e altri servizi coinvolti.
- Analisi dei risultati: infine, è stata condotta un'analisi dei risultati del processo d'intervento.

2.9.1 Azioni di intervento e “Progetti Individualizzati di Dimissione Protetta (PIDP)”

Le principali azioni di intervento sono state inserite all'interno dei singoli progetti individualizzati di dimissione protetta (PIDP), implementati dal TDP e con durata massima di mesi 6.

Queste azioni possono essere di diversa natura e metodologia data la multidisciplinarietà del TDP:

- Educative/pedagogiche-riabilitative: tali azioni mirano a sostenere il minore e la sua famiglia nell'affrontare al meglio la dimissione ospedaliera fornendo una continuità del sostegno educativo a domicilio rivolto al paziente e indirettamente, tramite un continuo e aperto dialogo, alla famiglia del paziente. L'educatore deve inoltre essere capace di costruire un progetto d'intervento che tenga conto del continuo e costante dialogo con tutti i professionisti coinvolti, ovvero deve dimostrare di conoscere modelli psicologici e medici. Il modello di riferimento è quello della pedagogia

fenomenologica, sviluppatasi in Italia grazie ai contributi di Piero Bertolini (L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata, 1990).

- Psicologiche/somministrazione test: riguardano principalmente consulenze di sostegno psicologico o psicoterapia breve di individuazione e la somministrazione di materiale testistico. Tali azioni saranno svolte in base alla diagnosi funzionale e al funzionamento sociale, al quadro psicopatologico e sintomatologico, all'ambiente di riferimento. Le prestazioni saranno attivate in regime di ricovero e successivamente presso il domicilio del paziente e non esclusivamente in ambulatorio pubblico o privato. Saranno rivolte anche ai genitori del paziente (per favorire una buona alleanza terapeutica e per il sostegno alla genitorialità). Gli psicologi e psicoterapeuti che verranno impiegati si ispireranno principalmente al seguente modello di 'Consultazione adolescente genitori e psicoterapia breve di individuazione' (modello T.Senise, 1990).
- Mediche/assistenziali: riguardano le consulenze mediche e/o di valutazione diagnostica e progettualità terapeutica, di monitoraggio e/o ridefinizione della terapia farmacologica, esami e accertamenti medici, assistenza sanitaria ambulatoriale e/o domiciliare da parte di personale medico e/o infermieristico (TDP).
- Attività di verifica, monitoraggio, coordinamento del TDP.

Nel corso del nostro ragionamento, è cruciale tenere presente che i pazienti appartenenti al gruppo di controllo considerato nel nostro studio sono stati soggetti a pratiche terapeutiche diverse rispetto alle dimissioni protette. Questi bambini e ragazzi sono stati sottoposti a un follow-up post-dimissione che comprende diverse attività. Si è proceduto alla creazione di un

piano di trattamento continuo volto a garantire una transizione graduale e supportata dal contesto ospedaliero a quello domestico.

Parallelamente, sono stati pianificati incontri ambulatoriali regolari con specialisti in neuropsichiatria infantile al fine di monitorare attentamente il progresso del paziente e apportare eventuali aggiustamenti al trattamento. Nel caso in cui il paziente fosse stato sottoposto a trattamento farmacologico, si è provveduto a monitorare scrupolosamente gli effetti, valutando eventuali effetti collaterali e apportando modifiche in base alla risposta del paziente.

Un elemento chiave di questo approccio è stato l'attivo coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura, fornendo loro informazioni dettagliate, risorse adeguate e supporto per affrontare le sfide quotidiane. La psicoterapia è stata iniziata o proseguita, focalizzandosi sulla gestione di specifici sintomi o problematiche comportamentali. Inoltre, è stata posta una particolare enfasi nell'incoraggiare attivamente il paziente a partecipare alle decisioni relative al proprio trattamento, promuovendo un senso di responsabilità e autodeterminazione. Ciascun piano post-dimissione è stato concepito in maniera altamente personalizzata, tenendo conto delle specifiche esigenze del bambino o del ragazzo, coinvolgendo attivamente la famiglia e collaborando strettamente con una rete di professionisti al fine di assicurare il massimo supporto possibile.

Ciò che contraddistingue le dimissioni protette è la conduzione di parte del percorso di cura post-dimissione direttamente nell'abitazione del paziente. Questa pratica mira a garantire un ambiente più familiare e sereno, dove il bambino o l'adolescente può affrontare il proprio percorso di guarigione in un contesto confortevole e rassicurante. L'effetto positivo della psicoterapia domiciliare è supportato da ricerche (Finkbeiner et al, 2022) che, anche se si sono focalizzate sulla psicoterapia online, sottolineano l'importanza dell'ambiente domestico nel contribuire al benessere del paziente.

La familiarità e il comfort dell'ambiente domestico possono facilitare la partecipazione attiva del paziente alla terapia, contribuendo alla creazione di una connessione più profonda e di fiducia con il terapeuta (Finkbeiner et al, 2022). È importante sottolineare che l'approccio delle dimissioni protette non solo considera l'aspetto clinico della cura, ma cerca anche di ottimizzare l'ambiente in cui avviene il percorso terapeutico. Questo si traduce in una maggiore personalizzazione del trattamento, tenendo conto delle specificità della vita quotidiana del paziente e integrando la cura nel contesto familiare. La sinergia tra il contesto terapeutico e l'ambiente familiare può contribuire in modo significativo al successo del trattamento e al benessere generale del paziente (Finkbeiner et al, 2022).

3. LO STRUMENTO

3.1 HONOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents

La Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HONOSCA) è uno strumento di valutazione multiassiale indipendente dalla diagnosi, che esamina una serie di problematiche rilevanti per i bambini e gli adolescenti (D'Avanzo et al., 2018; Harnett, Loxton, Sadler, Hides, & Baldwin, 2005).

Questa scala fornisce una misura complessiva dei sintomi evidenti nel funzionamento mentale, fisico e sociale (Garralda, Yates & Higginson, 2000).

Sono state sviluppate due versioni della scala: una valutata dal medico (Gowers et al., 1999a) e una autovalutata (Gowers, Bailey-Rogers, Shore & Warren, 2000). In questa descrizione, ci

concentreremo sulla versione clinica, composta da 15 item suddivisi in Sezione A (item 1–13) e Sezione B (item 14 e 15).

La Sezione A della scala HONOSCA comprende 13 item che descrivono le condizioni del bambino/adolescente. Questi item coprono una gamma di problematiche, tra cui comportamenti disturbatori, iperattività, autolesionismo, abuso di sostanze, difficoltà scolastiche, malattie somatiche, sintomi psichici, sintomi emotivi, relazioni con i coetanei, autonomia personale, problemi familiari e scarsa frequentazione della scuola. Ciascun item è valutato su una scala da 0 a 4 punti, indicando l'assenza del problema (0) o la sua gravità crescente (da lieve a grave) (D'Avanzo et al., 2018).

La valutazione della HONOSCA è responsabilità dell'operatore che segue il paziente, che può essere un medico, uno psicologo o un membro del personale infermieristico. La compilazione della scala avviene all'ammissione e alla dimissione del paziente. Al momento dell'ammissione, la valutazione si basa sugli ultimi sette giorni prima del ricovero, integrati con informazioni da colloqui iniziali e, se necessario, anamnesi di terzi. La valutazione al momento della dimissione avviene solitamente il giorno stesso della dimissione e non più di 7 giorni prima. In caso di dimissioni non pianificate, la valutazione deve essere effettuata il più presto possibile, idealmente immediatamente o entro tre giorni dalla dimissione.

La valutazione deve essere descrittiva e basata sullo stato peggiore riscontrato durante l'intero periodo considerato. La rilevazione tramite HONOSCA è obbligatoria per tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi, età o situazione attuale del paziente.

La Sezione B della scala HONOSCA consiste in due item che riguardano la comprensione da parte del caregiver delle difficoltà del soggetto e le informazioni possedute sulle fonti di aiuto. In particolare, l'item 14 si riferisce alla conoscenza o comprensione della natura delle difficoltà

del bambino/adolescente, mentre l'item 15 riguarda la mancanza di informazioni sui servizi o sulla gestione delle difficoltà del bambino/adolescente (Gowers et al., 1999b).

La maggior parte delle ricerche sulla validità psicometrica della Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HONOSCA) ha evidenziato la sua affidabilità nel valutare in modo riproducibile i problemi di salute mentale nei bambini e negli adolescenti (D'Avanzo et al., 2018). Tale strumento è stato considerato valido e coerente con altri strumenti simili (Brann et al., 2012; Pirkis et al., 2005). La sua praticità nell'uso quotidiano è stata confermata dalla buona affidabilità inter-rater (Gowers et al., 1999a; Manderson & McCune, 2003) e dalla correlazione significativa con altri strumenti di valutazione della psicopatologia infantile (Harnett et al., 2005; von Wyl, Toggweiler & Zollinger, 2017).

Un'indagine specifica condotta da Garralda et al. (2000) ha esaminato l'utilità di HONOSCA nella valutazione dell'esito in contesti clinici di routine. Lo studio ha verificato la validità convergente con altre misure di esito, la capacità di misurare il cambiamento in relazione alla complessità del caso, alla frequenza delle ammissioni e alle diagnosi psichiatriche. I risultati hanno indicato che HONOSCA è stato valutato positivamente dai medici per la sua semplicità di somministrazione, richiedendo dai 5 ai 10 minuti per essere completato sia all'ammissione che al follow-up a 6 mesi dopo un adeguato training.

L'affidabilità inter-rater è stata valutata attraverso 15 vignette di casi valutate da tre operatori, evidenziando un indice soddisfacente con correlazioni intra-classe superiori a 0,82 per i sintomi psichiatrici e $0,42 \pm 0,61$ per le complicazioni fisiche e sociali. Anche l'affidabilità test-retest è risultata buona, con punteggi HONOSCA alla valutazione iniziale e a 6 mesi strettamente comparabili, e una correlazione del 0,69.

Al follow-up di 6 mesi, i punteggi totali HONOSCA hanno mostrato un miglioramento significativo, con una variazione media positiva di 3,61 (SD=4,7), e miglioramenti simili sono stati riscontrati sui test CGAS, BCL e SDQ-versione genitoriale. I cambiamenti riflettevano il miglioramento segnalato dai medici e dai genitori, con correlazioni significative con i punteggi HONOSCA. La comparazione di HONOSCA con altri strumenti clinici ha rivelato correlazioni significative con il cambiamento valutato dal medico tramite CGAS e in misura minore con la BCL compilata dai genitori e con l'SDQ-versione genitoriale. L'analisi ha evidenziato che il cambiamento nel punteggio HONOSCA al follow-up era associato alla gravità iniziale del caso, con una correlazione positiva significativa. Inoltre, si è osservato un collegamento, seppur a un livello inferiore di significatività statistica, tra la presenza di problematiche nell'apprendimento e un minore miglioramento del punteggio HONOSCA.

In merito al numero di ammissioni ospedaliere, è stata riscontrata una piccola associazione positiva tra il cambiamento nei punteggi HONOSCA e il numero di ammissioni, simile alle associazioni con i punteggi CGAS, SDQ e BCL.

Per quanto riguarda le diagnosi, sono emerse differenze significative nei punteggi iniziali HONOSCA e nei cambiamenti del punteggio al follow-up tra diversi gruppi diagnostici. Il maggiore cambiamento si è verificato nei casi con disturbo psicotico, mentre i cambiamenti più modesti sono stati osservati nei pazienti con disturbi psicosomatici e alimentari.

Infine, l'analisi differenziale ha esaminato se il cambiamento nel punteggio HONOSCA al follow-up era associato alla durata del trattamento nei singoli gruppi diagnostici, evidenziando una correlazione significativa solo nel gruppo del disturbo dell'umore. In conclusione, questo studio ha sottolineato la validità e l'affidabilità di HONOSCA come strumento efficace nella valutazione del cambiamento clinico nei bambini e negli adolescenti in contesti clinici psichiatrici.

3.2 Proprietà psicometriche della versione italiana di HONOSCA

Il presente paragrafo si concentra sulla descrizione della versione italiana di HONOSCA, utilizzata come strumento nel nostro lavoro. È fondamentale fornire una breve panoramica sulla validazione, le proprietà psicometriche, i punti di forza e la fattibilità di utilizzo di questa versione, come delineato nello studio recente condotto da D'Avanzo et al. (2018) in Lombardia.

Inizialmente, come prassi standard, sono state eseguite la traduzione e la retro-traduzione di HONOSCA in italiano, ottenendo il consenso del gruppo di studio sulla terminologia e la formulazione della scala. L'autorizzazione per la traduzione è stata ottenuta dal Royal College of Psychiatrists. Sessioni di formazione sono state organizzate per i professionisti coinvolti, seguite da una valutazione delle competenze acquisite e dalla raccolta di dati sull'affidabilità tra valutatori.

Il punteggio totale medio di HONOSCA per il campione di 134 soggetti è risultato pari a $M=13.6$ ($SD=6.4$), con una differenza di gravità tra i generi, dove le soggette femminili hanno mostrato una gravità inferiore rispetto ai soggetti maschili. Per quanto riguarda le proprietà psicometriche, il valore alfa di Cronbach per il punteggio totale è stato $\alpha=0,65$. Tuttavia, la consistenza interna è risultata bassa per alcune sottoscale, in particolare la "Sintomi psichici" ($\alpha=0,36$) e la "Compromissioni cognitive/fisiche" ($\alpha=0,10$), indicando una bassa uni-dimensionalità.

La validità simultanea è stata valutata attraverso lo Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) e il Clinical Global Impression (CGI). Le correlazioni tra i punteggi HONOSCA e i livelli CGI sono state significative, ma le correlazioni con i casi gravi e lievi erano meno robuste, suggerendo un potere discriminante inferiore in questi casi.

Per quanto riguarda la sensibilità al cambiamento, una seconda compilazione di HONOSCA a quattro mesi ha mostrato una correlazione di Pearson tra le valutazioni iniziali e successive pari a $r=0,76$, confermando una buona sensibilità al cambiamento.

L'affidabilità "inter-rater" è stata valutata su 276 valutazioni di 35 professionisti, ottenendo un indice di correlazione intra-classe (ICC) sul punteggio totale pari a 0,71.

In conclusione, la versione italiana di HONOSCA è stata considerata affidabile, valida e in grado di discriminare livelli di gravità nel tempo. Tuttavia, i ricercatori suggeriscono di focalizzarsi principalmente sul punteggio totale e sulle due sottoscale identificate tramite l'Analisi Fattoriale Esplicativa (EFA) per una migliore comprensione del caso.

4. LA RICERCA

4.1 Disegno dello Studio, Obiettivi e Ipotesi

La nostra indagine ha assunto la forma di uno studio sperimentale longitudinale, nel quale abbiamo raccolto dati da un gruppo di pazienti dimessi dal reparto di Neuropsichiatria Infantile di Padova. Il nostro obiettivo principale è stato quello di esaminare l'eventuale impatto delle dimissioni protette rispetto alla condizione di controllo trattata con le consuete pratiche post-dimissione, concentrandoci su diversi ambiti:

- Effetto sulla durata del ricovero: abbiamo mirato a valutare se la decisione di eseguire il trattamento a domicilio nel gruppo sperimentale avesse influito sulla gestione complessiva e sulla durata dell'assistenza ospedaliera.
- Effetto sulla ricaduta e riospedalizzazione: abbiamo cercato di valutare se l'implementazione delle dimissioni protette avesse influenzato il tasso di ricadute e riospedalizzazioni rispetto alla gestione clinica standard.
- Inserimento in comunità o semiresidenza/attività educative: abbiamo esplorato se le dimissioni protette avessero inciso sulle indicazioni e sul successivo inserimento dei pazienti in contesti comunitari o strutture di semiresidenza/attività educative.

- Ritorno a scuola: abbiamo indagato se l'intervento delle dimissioni protette avesse avuto un impatto sul ritorno dei pazienti alle attività scolastiche.
- Efficacia del ricovero sul distress psicologico: abbiamo misurato l'efficacia del ricovero tramite l'utilizzo del test HONOSCA, concentrandoci sulla variazione del distress psicologico nel tempo.
- Efficacia dei trattamenti post-dimissione sul distress psicologico: la nostra attenzione è stata focalizzata sull'analisi dell'andamento dei punteggi del test HONOSCA nel periodo compreso tra la dimissione e il follow-up a 6 mesi. L'obiettivo primario era esaminare se vi fossero evidenze di effetti attribuibili ai trattamenti adottati dopo la dimissione. Questa valutazione mirava a cogliere e comprendere eventuali cambiamenti nella condizione psicologica dei pazienti nel corso del tempo, permettendoci di valutare l'efficacia degli interventi post-ricovero nel mitigare il distress psicologico.

In sintesi, il nucleo centrale della nostra indagine ha mirato a identificare eventuali differenze significative tra il gruppo sperimentale, sottoposto al protocollo di dimissioni protette con un accompagnamento domiciliare da parte del personale socio-sanitario, e il gruppo di controllo, il quale ha seguito le consuete pratiche cliniche, tra cui il follow-up ambulatoriale, la psicoterapia e la terapia farmacologica. Questa analisi ci ha permesso di valutare l'impatto relativo delle due modalità di trattamento sulla salute psicologica e sul percorso di recupero complessivo dei pazienti.

4.1.1 Ricaduta

Uno degli obiettivi è investigare l'impatto delle dimissioni protette sulla frequenza di ricadute nel periodo dei 3 mesi successivi alla dimissione. La ricerca si propone di determinare se l'implementazione delle dimissioni protette, rispetto alle pratiche consuete, sia associata a una significativa riduzione delle ricadute nei pazienti.

Per valutare se ci sono differenze statisticamente significative tra i due gruppi (sperimentale e di controllo) in termini di ricadute a 3 mesi dalle dimissioni, possiamo eseguire un'analisi statistica utilizzando un test adatto alle proporzioni.

Abbiamo utilizzato il test esatto di Fisher per confrontare le proporzioni di ricaduta nei due gruppi, dato che la numerosità del campione non è ampia (tabella E).

Le ipotesi che andremo a verificare sono le seguenti: Ipotesi Nulla (H_0): Non ci sono differenze significative nelle ricadute tra il gruppo sperimentale e di controllo.

Ipotesi Alternativa (H_1): Ci sono differenze significative nelle ricadute tra i due gruppi.

4.1.2 Inserimento in comunità e indicazione alla semiresidenza/attività educative

Un secondo obiettivo della presente ricerca consiste nell'analizzare l'impatto delle dimissioni protette sulla frequenza di invii in comunità e sull'indicazione alla semiresidenza o alle attività educative.

Per valutare eventuali differenze statisticamente significative tra i due gruppi (sperimentale e di controllo) in termini di invii in comunità o indicazione alla semiresidenza o alle attività educative, è stata condotta un'analisi statistica mediante l'impiego di un test adatto alle proporzioni.

Nel contesto della ricerca, è stato scelto di utilizzare il test esatto di Fisher per confrontare le proporzioni di invii in comunità nei due gruppi. Tale decisione è motivata dalla limitata numerosità del campione (vedi tabella F), rendendo il test esatto di Fisher un'opzione appropriata per valutare la significatività delle differenze osservate.

Ipotesi Nulla (H_0): Le proporzioni di pazienti che fanno inserimenti in comunità e partecipano a semiresidenza/attività educative sono simili tra coloro che seguono le dimissioni protette e coloro che seguono le pratiche consuete.

Ipotesi Alternativa (H1): Le proporzioni di pazienti che fanno inserimenti in comunità e partecipano a semiresidenza/attività educative sono significativamente più alte tra coloro che seguono le dimissioni protette rispetto a coloro che seguono le pratiche consuete.

4.1.3 Analisi dei punteggi HONOSCA

Nella nostra indagine, abbiamo voluto esplorare e confrontare l'effetto del trattamento di "Dimissioni Protette" rispetto alle pratiche cliniche standard in termini di compromissione funzionale dei pazienti dimessi dal reparto di Neuropsichiatria Infantile di Padova. Per valutare l'impatto, abbiamo focalizzato la nostra attenzione sui punteggi HONOSCA, uno strumento affidabile per misurare la compromissione psico-comportamentale.

Abbiamo ipotizzato che durante il periodo di ricovero (T0-T1), non ci fossero differenze significative nei punteggi medi HONOSCA tra il gruppo sperimentale, sottoposto al trattamento di Dimissioni Protette, e il gruppo di controllo, seguito secondo le normali pratiche cliniche. Questa ipotesi nulla (H0) mirava a escludere l'effetto del trattamento sulla compromissione funzionale, sostenendo che entrambi i gruppi seguissero un andamento simile nel periodo di ricovero. Al contrario, l'ipotesi alternativa (H1) suggerisce la presenza di differenze significative nei punteggi medi tra i due gruppi, indicando un possibile effetto del trattamento di Dimissioni Protette sulla compromissione funzionale durante il ricovero.

Per verificare questa ipotesi, abbiamo scelto di utilizzare il test t appaiato. Questa scelta è stata dettata dalla nostra necessità di confrontare le medie di due gruppi di osservazioni correlate provenienti dagli stessi individui, riflettendo i cambiamenti nel tempo all'interno dello stesso gruppo di pazienti.

Inoltre, abbiamo esteso la nostra analisi esaminando i singoli item del test HONOSCA durante il periodo di follow-up a 6 mesi dalla dimissione. Qui, l'ipotesi nulla (H_0) ha supposto l'assenza di differenze significative nei singoli item tra i due gruppi, mentre l'ipotesi alternativa (H_1) ha suggerito la presenza di almeno una differenza significativa. Ancora una volta, il test t appaiato è stato l'approccio statistico scelto, poiché ci ha permesso di focalizzarci sulle variazioni specifiche nei singoli aspetti della compromissione funzionale nel lungo termine.

4.2 Materiali e metodi

4.2.1 Partecipanti

Il campione è composto di $N = 46$ partecipanti ricoverati presso la NPI ospedaliera, equamente divisi in un gruppo sperimentale e di controllo ognuno composto da $N = 23$ partecipanti.

I dati raccolti sono stati trattati in forma anonima e nel rispetto della legge sulla privacy.

Il nostro studio coinvolge un campione di 46 bambini e adolescenti, distribuiti equamente tra un gruppo sperimentale, composto da 23 individui trattati con il regime di dimissioni protette, e un gruppo di controllo di altrettante 23 persone trattate secondo le pratiche usuali.

I casi sono stati appaiati per sesso età e diagnosi.

Di seguito la distribuzione dei partecipanti,

- Distribuzione per genere, tabella A;
- Distribuzione per fasce d'età, tabella B;
- Distribuzione per diagnosi secondo l'ICD-10, tabella C;
- Durata del ricovero ospedaliero, tabella D;
- Frequenza di ricaduta dopo 3 mesi, tabella E;
- Frequenza di Indicazione alla comunità e di Indicazione alla semiresidenza/ attività educative, tabella F

4.2.2 Procedure

Sono state considerate le seguenti variabili sociodemografiche: età, sesso, diagnosi del paziente alla dimissione secondo i codici ICD-10, punteggi al test HONOSCA (totali e dei singoli items) all'ingresso (T0), alla dimissione (T1) e dopo 6 mesi (T2).

Il punteggio HONOSCA prevede “0” = assenza del problema; “1” = presenza del problema, ma con ridotta gravità, che non necessita di intervento; “2” = presenza del problema in lieve entità, che necessita di intervento; “3” = presenza del problema moderatamente grave; “4” = presenza del problema grave o molto grave; “9” = l'informazione non è nota.

4.2.3 Analisi statistiche

I dati sono stati elaborati tramite l'ausilio del software statistico Jamovi. Inizialmente, sono state condotte analisi statistiche descrittive, comprendenti frequenze, medie e percentuali. Successivamente, è stata valutata l'omogeneità dei dati attraverso il test di Lavene e la loro normalità mediante il test di Shapiro-Wilk.

Le analisi statistiche eseguite comprendono:

- T-Test appaiato per punteggi dei singoli gruppi: successivamente, abbiamo eseguito t-test appaiati per verificare eventuali differenze significative nei punteggi tra i vari periodi temporali all'interno di ciascun gruppo, consentendoci di identificare specifiche variazioni nel tempo.
- Abbiamo analizzato l'effetto delle dimissioni protette sulla durata del ricovero, le riammissioni ospedaliere e le indicazioni riguardanti l'invio in comunità o alla semiresidenza/attività educative.

Per questa analisi, data la limitata numerosità del campione, abbiamo utilizzato il test di Fisher.

Il livello di significatività statistica è stato fissato a ($p < 0,05$), contribuendo così a valutare in modo robusto l'efficacia degli interventi e degli aspetti clinici considerati nel nostro studio.

4.3

Risultati

4.3.1

Statistiche

descrittive

Nel gruppo sperimentale la durata media del ricovero è stata di 19.96 giorni mentre nel gruppo di controllo la media dei giorni di ricovero è di 18.04 giorni.

Nel campione del gruppo sperimentale ci sono state 4 ricadute a 3 mesi (17.39%) e nel gruppo di controllo ci sono state altrettante 4 ricadute a 3 mesi (17.39%).

Inoltre c'è stata 1 indicazione alla comunità (4.35%) nel gruppo sperimentale e 2 (8.67%) nel gruppo di controllo e 3 indicazioni alla semiresidenza/attività educative (13.4%) nel gruppo sperimentale e 1 nel gruppo di controllo (4.35%).

Nel periodo successivo alla dimissione, l'80% dei minori nel gruppo sperimentale è riuscito a tornare a scuola grazie alla collaborazione efficace tra scuola ed educatore di riferimento.

Il 50% di loro ha ripreso la frequenza a tempo pieno, mentre il restante 30% in modo graduale.

Per quanto riguarda il test HONOSCA (Grafico 1 e 2), utilizzato per valutare la compromissione funzionale dei pazienti all'inizio e alla fine del ricovero, nonché a 6 mesi dalla dimissione, il gruppo sperimentale ha registrato un punteggio medio di 23.6 punti a T0, 15.8 punti a T1 e 15.4 punti a T2. Nel contempo, il gruppo di controllo ha presentato un punteggio medio di 19.1 punti a T0, 11.8 punti a T1 e 12.2 punti a T2. Questi dati evidenziano che il gruppo sperimentale si è mantenuto clinicamente più

compromesso rispetto al gruppo di controllo, manifestando punteggi superiori in tutte le fasi di valutazione.

4.3.2 Giorni di ricovero

Nel gruppo sperimentale, 20 individui hanno avuto un ricovero inferiore a 28 giorni, mentre 3 hanno avuto una durata superiore.

Nel gruppo di controllo, 18 pazienti hanno avuto un ricovero inferiore a 28 giorni, mentre 5 hanno avuto una durata superiore.

Nel dettaglio, nel gruppo sperimentale, l'ampia maggioranza (86.96%) ha sperimentato un ricovero inferiore a 28 giorni, indicando una prevalenza di casi con una durata più breve.

Al contrario, solo il 13.04% ha avuto un ricovero superiore a 28 giorni, evidenziando una minoranza di casi caratterizzati da una maggiore necessità di assistenza prolungata.

Nel gruppo di controllo, sebbene la maggioranza (78.26%) abbia avuto un ricovero inferiore a 28 giorni, è interessante notare che una percentuale più significativa rispetto al gruppo sperimentale (21.74%) ha avuto una durata superiore a 28 giorni.

Inoltre, considerando le medie dei giorni di ricovero nei due gruppi, abbiamo osservato che nel gruppo sperimentale la durata media è stata di 19.96 giorni, mentre nel gruppo di controllo è stata di 18.04 giorni.

In sintesi, i risultati complessivi suggeriscono che nel gruppo sperimentale, caratterizzato da un intervento specifico, la maggior parte dei partecipanti ha beneficiato di ricoveri più brevi, sebbene alcuni casi abbiano richiesto una durata superiore. Nel gruppo di controllo, la variabilità nella durata del ricovero sembra essere più pronunciata, con una percentuale significativa di partecipanti che ha richiesto un periodo di assistenza più prolungato.

4.3.3 Ricaduta

Per valutare se ci sono differenze significative tra i due gruppi (sperimentale e di controllo) in termini di ricadute dopo 3 mesi dalla dimissione, abbiamo eseguito il test esatto di Fisher.

Nel gruppo sperimentale, ci sono 4 casi di ricaduta su un totale di 23 individui, con una percentuale del 17,39%.

Nel gruppo di controllo, ci sono 4 casi di ricaduta su un totale di 23 individui, con una percentuale del 17,39%.

Questi dati indicano che, in termini di ricadute dopo 3 mesi, non vi è una differenza evidente tra il gruppo sperimentale e quello di controllo.

Il valore p ottenuto dal test esatto di Fisher è di 1.00, superiore al livello di significatività standard del 5%. Ciò indica che non abbiamo sufficienti evidenze per respingere l'ipotesi nulla.

In altre parole, non c'è un'evidenza statistica significativa per affermare che ci siano differenze nelle ricadute dopo 3 mesi dalle dimissioni protette tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo.

4.3.4 Invio in comunità

Per valutare la presenza di differenze significative nelle indicazioni di invio in comunità tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, è stato eseguito il test esatto di Fisher.

Nel gruppo sperimentale, su un totale di 23 individui, è stata riscontrata 1 indicazione di invio in comunità, corrispondente al 4,3% del campione.

Contrariamente, nel gruppo di controllo, su un totale di 23 individui, sono stati segnalati 2 casi di indicazione all'invio in comunità, corrispondendo al 8.6% del campione.

Questi dati indicano che nel gruppo sperimentale c'è stata una percentuale più bassa di individui con indicazione di invio in comunità rispetto al gruppo di controllo.

Il valore p ottenuto dal test esatto di Fisher è pari a 1.00, superiore al livello di significatività del 5%. Tale risultato suggerisce che non disponiamo di evidenze sufficienti per respingere

l'ipotesi nulla. In altre parole, non emergono evidenze statistiche significative per affermare la presenza di differenze nelle indicazioni di invio in comunità tra il gruppo sperimentale e quello di controllo.

4.3.5 Indicazioni alla semiresidenza/attività educative

Per esaminare eventuali differenze significative nelle indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo, è stato condotto il test esatto di Fisher.

Nel gruppo sperimentale, composto da 23 individui, sono state rilevate 3 indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative, corrispondenti al 13% del totale.

In contrasto, nel gruppo di controllo, anch'esso composto da 23 individui, è stata riscontrata 1 indicazione di semiresidenza o attività educative, pari al 4,3% del totale.

Questo indica che nel gruppo sperimentale ci sono state più indicazioni alla semiresidenza o alle attività educative rispetto al gruppo di controllo, coerentemente con la maggiore compromissione clinica.

Il valore p ottenuto dal test esatto di Fisher è 1.00, superiore al tradizionale livello di significatività del 5%. Questo risultato suggerisce la mancanza di evidenze sufficienti per respingere l'ipotesi nulla. In altre parole, non emergono differenze statisticamente significative nelle indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo.

4.3.6 Confronto dei punteggi HONOSCA di gruppo sperimentale e di controllo

Come obiettivo secondario della nostra indagine, abbiamo deciso di osservare se il trattamento di dimissioni protette potesse influenzare il punteggio al test HONOSCA, totale e considerando

i singoli item. Inoltre, intendevamo esaminare l'effetto del ricovero sui due gruppi e se vi fossero differenze nel periodo post-dimissione rispetto a quello dopo sei mesi.

Abbiamo condotto le analisi utilizzando test t per verificare se si siano manifestati cambiamenti significativi nelle medie dei punteggi HONOSCA nel tempo all'interno dei due gruppi distinti. Nel periodo tra l'inizio (T0) e la fine (T1) del ricovero, sia nel gruppo sperimentale che in quello di controllo, abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative, con valori di p inferiori a 0.001. Questo indica che entrambi i gruppi hanno manifestato cambiamenti significativi nei punteggi HONOSCA durante il periodo del ricovero.

Tuttavia, per quanto riguarda il periodo che va dalla fine del ricovero (T1) ai sei mesi successivi (T2), non sono emerse differenze statisticamente significative in entrambi i gruppi. Nel gruppo sperimentale, il valore di p è pari a 0.269, mentre nel gruppo di controllo è pari a 0.773. Ciò suggerisce che, a differenza del periodo di ricovero, durante il periodo post-dimissione non sono stati osservati cambiamenti significativi nei punteggi HONOSCA nei due gruppi, ovvero i punteggi si sono mantenuti stabili.

In sintesi, i risultati dei t-test confermano che sia il gruppo sperimentale che il gruppo di controllo hanno manifestato miglioramenti significativi durante il periodo del ricovero. Tuttavia, è importante notare che nel periodo successivo a 6 mesi, tali miglioramenti si sono mantenuti invariati, poiché non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi HONOSCA in entrambi i gruppi durante questo intervallo di tempo. Questa stabilità nei punteggi suggerisce che i benefici ottenuti durante il trattamento si sono mantenuti nel tempo, evidenziando la robustezza degli effetti positivi osservati nel periodo post-dimissione.

Successivamente, abbiamo esteso l'analisi considerando ciascun item del test HONOSCA, confrontando i due gruppi durante il periodo di ricovero (T0-T1) e il periodo post-dimissione (T1-T2).

Analizzando le singole domande del test HONOSCA mediante il t test nel periodo che va dall'inizio (T0) alla fine (T1) del ricovero, nel gruppo sperimentale si è osservata una modifica statisticamente significativa nel tempo per le domande 1 “Comportamenti perturbatori, asociali o aggressivi”, 3 “Comportamenti deliberatamente auto-lesivi”, 9 “Sintomi emozionali e correlati” e 11 “Cura personale ed autonomia”, tutte indicanti un miglioramento. Nel gruppo di controllo, nello stesso periodo, sono emersi miglioramenti statisticamente significativi per le domande 3, 9 e 10 “Relazioni con i coetanei”.

Per quanto concerne il periodo post-ricovero (T1-T2), nel gruppo sperimentale i punteggi delle varie domande si sono mantenuti stabili, senza mostrare differenze statisticamente significative. Nel gruppo di controllo, invece, si è verificato un miglioramento statisticamente significativo per la domanda 12 “Vita familiare e relazione familiare”, ma anche un peggioramento significativo per la domanda 13 “Scarsa frequentazione della scuola”.

In sintesi, l'analisi dettagliata delle singole domande del test HONOSCA suggerisce che nel gruppo sperimentale ci sono state modifiche statisticamente significative nel periodo di ricovero, con un miglioramento in diversi ambiti. Tuttavia, nel periodo successivo alla dimissione, i punteggi si sono mantenuti stabili. Nel gruppo di controllo, si sono manifestati miglioramenti significativi nel periodo di ricovero, mentre nel periodo post-ricovero si è notato un miglioramento significativo in una specifica area (domanda 12) e un peggioramento significativo in un'altra (domanda 13).

4.3.7 Frequenza scolastica

Nel periodo successivo alla dimissione, l'80% dei minori nel gruppo sperimentale è riuscito a tornare a scuola grazie alla collaborazione efficace tra scuola ed educatore di riferimento.

Il 50% di loro ha ripreso la frequenza a tempo pieno, mentre il restante 30% in modo graduale.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo, non sono disponibili dati specifici sulla frequenza scolastica, poiché il sostegno a tale aspetto è stato un obiettivo specifico del progetto

"Dimissioni Protette". Nel gruppo sperimentale, i pazienti hanno ricevuto un sostegno attivo per la pianificazione dello studio e il miglioramento delle relazioni con professori e compagni grazie all'intervento degli educatori di "Train de Vie".

Abbiamo approfondito l'analisi delle risposte HONOSCA alla domanda 13 ("Scarsa frequentazione della scuola") per esaminare più dettagliatamente le differenze tra il gruppo sperimentale e quello di controllo (Tabelle G e H). Questa domanda ha mostrato una differenza significativa al t test, evidenziando un peggioramento nel gruppo di controllo al follow-up (T2). Ricordiamo la legenda delle risposte HONOSCA: 0 = nessun problema, 1 = lieve, non richiede supporto, 2 = lieve ma persistente, 3 = problema serio, 4 = problema grave/molto grave.

Nel gruppo sperimentale, il 42.1% dei pazienti non ha riscontrato alcun problema con la frequenza scolastica, il 26.3% ha avuto problemi lievi che non richiedevano supporto, il 10.5% ha vissuto la scuola come un problema lieve ma persistente, il 5.2% come un problema serio e il 15.7% come un problema grave o molto grave.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo, il 33.3% non ha avuto alcun problema con la frequenza scolastica, il 14.3% ha avuto problemi lievi che non richiedevano supporto, il 4.7% ha riscontrato problemi lievi ma persistenti, il 19% ha vissuto la scuola come un problema serio e il 19% come un problema grave/molto grave.

I risultati indicano che nel gruppo sperimentale c'è stata una percentuale maggiore di pazienti (42.1% vs 33.3%) che non ha riscontrato alcun problema con la scuola. Al contrario, nel gruppo di controllo, c'è stata una percentuale più elevata di pazienti che ha vissuto il ritorno a scuola dopo le dimissioni come un problema serio o grave/molto grave (19% vs 5.2% e 19% vs 15.7%).

4.4 Discussione

Lo scopo principale di questo studio era valutare l'eventuale impatto del trattamento di "Dimissioni Protette" su un gruppo sperimentale di bambini e ragazzi dimessi dal reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale di Padova. Tale valutazione è stata condotta mediante un confronto con un gruppo di controllo, costituito da bambini e ragazzi trattati secondo le normali pratiche cliniche dopo il ricovero. L'analisi si è concentrata principalmente su quattro aspetti: la durata complessiva del ricovero, la riospedalizzazione dopo 3 mesi, indicazioni all'invio in comunità o alla semiresidenza/attività educative.

Secondariamente, abbiamo condotto un'analisi approfondita dei punteggi HONOSCA nei due gruppi, valutando sia il totale che i singoli item. Questo approfondimento ci ha permesso di esplorare l'andamento della compromissione funzionale nel gruppo sperimentale coinvolto nel progetto di dimissioni protette, confrontandolo con il gruppo di controllo trattato secondo le pratiche convenzionali.

E' importante sottolineare che l'analisi tramite HONOSCA, utilizzata per valutare l'entrata e l'uscita dal reparto di NPI, ha evidenziato punteggi medi superiori sia all'ingresso che alla dimissione per i pazienti del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo (24 rispetto a 19 all'ingresso, 16 rispetto a 12 alla dimissione). Questo indica che, al di là della classificazione diagnostica ICD 10, il gruppo sperimentale mostra una maggiore complessità clinica in termini di disfunzioni psico-comportamentali rispetto al gruppo di controllo.

Questa evidenza rispecchia la coerenza con gli obiettivi del progetto "Dimissioni Protette", il quale è stato implementato specificamente per i soggetti caratterizzati da una maggiore complessità clinica. A costoro è stato dedicato un trattamento più intensivo, differenziandosi dal gruppo di controllo che ha seguito le normali pratiche cliniche post-dimissione, comprendenti psicoterapia, follow-up ambulatoriale e terapia farmacologica, ma senza l'intervento domiciliare offerto al gruppo sperimentale.

L'analisi dettagliata dei giorni di ricovero nei due gruppi, sperimentale e di controllo, ha rivelato informazioni significative. Nel gruppo sperimentale, l'86.96% ha sperimentato un ricovero inferiore a 28 giorni, indicando una prevalenza di casi con una durata più breve. Questo suggerisce che la maggior parte dei partecipanti ha beneficiato di ricoveri più brevi. Al contrario, solo il 13.04% ha avuto un ricovero superiore a 28 giorni, evidenziando una minoranza di casi con una maggiore necessità di assistenza prolungata. Nel gruppo di controllo, la maggioranza (78.26%) ha avuto un ricovero inferiore a 28 giorni, ma è interessante notare che una percentuale più significativa rispetto al gruppo sperimentale (21.74%) ha avuto una durata superiore a 28 giorni. Questo dato suggerisce una maggiore variabilità nella gravità dei casi all'interno del gruppo di controllo, con una percentuale più elevata di partecipanti che ha richiesto un periodo di assistenza più prolungato. Considerando le medie dei giorni di ricovero nei due gruppi hanno una leggera differenza di 1.92 giorni suggerisce che la durata del ricovero nel gruppo sperimentale è leggermente maggiore, in coerenza con la loro maggiore compromissione clinica. La differenza potrebbe indicare una maggiore complessità clinica nel gruppo sperimentale, che potrebbe richiedere un periodo di trattamento leggermente più lungo.

In sintesi, la durata media complessiva del ricovero più lunga nel gruppo sperimentale potrebbe essere attribuita alla gestione di casi più complessi, mentre il numero maggiore di ricoveri inferiori a 28 giorni indica una risposta positiva al trattamento in una parte significativa dei pazienti. Questa dualità suggerisce che, nonostante la complessità clinica iniziale, le Dimissioni Protette possono aver contribuito a una gestione più efficace e mirata, influenzando la durata del ricovero in modo differenziato a seconda delle esigenze individuali.

L'analisi delle ricadute con riospedalizzazione a 3 mesi dalla dimissione tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo offre interessanti spunti di riflessione. I risultati indicano

che nel gruppo sperimentale ci sono stati 4 casi di ricaduta su un totale di 23 individui, con una percentuale del 17,39%. Nel gruppo di controllo, si sono verificati altrettanti 4 casi di ricaduta su 23 individui, con una percentuale del 17,39%.

L'analisi delle ricadute con riospedalizzazione a 3 mesi dalla dimissione tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo presenta aspetti di rilevante interesse. I dati evidenziano che nel gruppo sperimentale, composto da 23 individui, ci sono stati 4 casi di ricaduta, corrispondenti al 17,39%. Nel gruppo di controllo, anch'esso formato da 23 individui, si sono verificati altrettanti 4 casi di ricaduta, con una percentuale del 17,39%.

La percentuale di ricaduta è identica nei due gruppi (17,39%), suggerendo che entrambi i gruppi hanno presentato la stessa proporzione di casi di riospedalizzazione nel periodo considerato. In termini descrittivi, i due gruppi sembrano aver avuto un andamento simile quanto alle ricadute a 3 mesi dalla dimissione, almeno dal punto di vista della percentuale.

In conclusione, mentre la parità percentuale è notevole, è essenziale approfondire ulteriormente con analisi statistiche più avanzate e considerare il contesto clinico per ottenere una comprensione completa dell'impatto delle dimissioni protette sulle ricadute a 3 mesi dalla dimissione.

Sebbene la differenza percentuale tra i due gruppi sia relativamente modesta, il leggero aumento delle ricadute nel gruppo sperimentale può essere interpretato alla luce della maggiore complessità clinica evidenziata attraverso i punteggi più elevati nel test HONOSCA.

Questo fenomeno suggerisce che la gestione delle dimissioni protette potrebbe richiedere un'attenzione particolare alle esigenze di un gruppo di pazienti caratterizzato da una maggiore complessità clinica. L'aumento delle ricadute potrebbe riflettere la sfida di mantenere la stabilità acquisita durante il ricovero, specialmente considerando l'eterogeneità dei disturbi e delle necessità dei pazienti nel gruppo sperimentale.

Tuttavia, è essenziale notare che il valore p ottenuto dal test esatto di Fisher è di 1.00, superiore al livello di significatività standard del 5%. Ciò indica che non disponiamo di evidenze sufficienti per respingere l'ipotesi nulla. In altre parole, non emergono prove statisticamente significative che confermino differenze nelle ricadute dopo 3 mesi tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. Questo risultato potrebbe essere influenzato dalla limitata durata del follow-up o dal limitato numero di partecipanti o altri fattori esterni non considerati nella ricerca. Per una comprensione più approfondita di tali dinamiche, ulteriori ricerche e valutazioni a lungo termine potrebbero essere necessarie.

L'analisi delle indicazioni di invio in comunità tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo offre importanti spunti di riflessione sulle dinamiche post-dimissione. Nel gruppo sperimentale, composto da 23 individui, è stata riscontrata un'unica indicazione di invio in comunità, corrispondente al 4,3% del campione. Al contrario, nel gruppo di controllo, anch'esso formato da 23 individui, sono stati segnalati 2 casi di indicazione all'invio in comunità, corrispondendo al 8,6% del campione.

Il gruppo sperimentale mostra una percentuale inferiore di indicazioni di invio in comunità rispetto al gruppo di controllo (4,3% contro 8,6%).

La differenza percentuale potrebbe suggerire che il trattamento post-dimissione nel gruppo sperimentale abbia portato a una minore necessità di interventi in comunità rispetto al gruppo di controllo.

La valutazione delle differenze potrebbe essere influenzata da variabili come la gravità iniziale della condizione, il supporto familiare, la compliance al trattamento e altre dinamiche specifiche del contesto.

I risultati sembrano coerenti con l'obiettivo delle Dimissioni Protette, che mirano a facilitare una transizione graduale e sostenuta dai servizi ospedalieri a quelli comunitari.

Questi risultati possono avere importanti implicazioni pratiche nella progettazione e nell'implementazione di programmi di trattamento post-dimissione.

Statisticamente la differenza tra i due gruppi non è significativa, con un p value > 0.05.

Le limitazioni dello studio, come la dimensione del campione e la durata del follow-up, devono essere prese in considerazione nella valutazione dei risultati. Campioni più ampi e follow-up più lunghi potrebbero fornire una prospettiva più completa.

L'analisi delle indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo fornisce spunti significativi per comprendere la gestione post-dimissione in contesti clinici differenziati.

Nel gruppo sperimentale, composto da 23 individui, sono state rilevate 3 indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative, corrispondenti al 13% del totale. In contrasto, nel gruppo di controllo, anch'esso composto da 23 individui, è stata riscontrata 1 indicazione di semiresidenza o attività educative, pari al 4,3% del totale.

Questi dati indicano che nel gruppo sperimentale c'è stata una maggiore propensione a indicare la semiresidenza o la partecipazione ad attività educative rispetto al gruppo di controllo. Tale risultato è coerente con l'ipotesi di una maggiore compromissione clinica nel gruppo sperimentale, come evidenziato dai punteggi HONOSCA superiori. La necessità di un ambiente più strutturato o di un supporto più intensivo per alcuni pazienti del gruppo sperimentale potrebbe riflettere la complessità delle loro esigenze. Tuttavia, è cruciale notare che il valore p ottenuto dal test esatto di Fisher è superiore al livello di significatività del 5%. Questo risultato suggerisce che non emergono differenze statisticamente significative nelle indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo.

Secondariamente abbiamo effettuato un'analisi dettagliata dei punteggi al test HONOSCA nel gruppo sperimentale e di controllo per valutare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative riguardo alla compromissione funzionale nel corso del tempo.

Questa analisi mirava a esaminare se l'approccio delle "Dimissioni Protette" nel gruppo sperimentale avesse influito in modo significativo sulla compromissione funzionale rispetto al gruppo di controllo nel periodo di follow-up. Considerando che entrambi i gruppi hanno ricevuto un qualche tipo di intervento terapeutico, la nostra attenzione si è concentrata sul discernere eventuali differenze nell'andamento dei punteggi HONOSCA tra i due gruppi nel corso del tempo.

Questa valutazione è fondamentale per comprendere gli effetti a lungo termine delle "Dimissioni Protette" rispetto alle pratiche standard di dimissione, contribuendo così a delineare l'impatto dell'intervento domiciliare sulla funzionalità dei pazienti nel periodo post-ricovero.

Le nostre analisi hanno evidenziato che entrambi i gruppi hanno manifestato miglioramenti significativi nei punteggi HONOSCA durante il periodo di ricovero (T0-T1).

Il miglioramento osservato da T0 e T1 è coerente con i risultati presenti in letteratura che attestano, nella maggior parte dei casi, l'efficacia del ricovero ospedaliero (Garralda et al., 2000), un ambiente controllato in cui il paziente può ricevere in modo tempestivo e attento le cure di cui necessita.

Tuttavia, nel periodo successivo a 6 mesi (T1-T2), non sono emerse differenze statisticamente significative in entrambi i gruppi, indicando che i punteggi si sono mantenuti stabili dopo la dimissione.

Analizzando singolarmente le domande del test HONOSCA nel periodo di ricovero, nel gruppo sperimentale si è osservata una modifica statisticamente significativa nel tempo per le domande

1 “Comportamenti perturbatori, asociali o aggressivi”, 3 “Comportamenti deliberatamente auto-lesivi”, 9 “Sintomi emozionali e correlati” e 11 “Cura personale ed autonomia”, tutte indicanti un miglioramento. Nel gruppo di controllo, nello stesso periodo, sono emersi miglioramenti statisticamente significativi per le domande 3 “Comportamenti deliberatamente auto-lesivi”, 9 “Sintomi emozionali e correlati” e 10 “Relazioni con i coetanei”.

Per quanto concerne le domande 1, 9 e 10, il risultato osservato può essere interpretato considerando questa sintomatologia come il principale obiettivo di trattamento specifico nell'ambito dell'ospedalizzazione neuropsichiatrica. È ragionevole riflettere su come, all'interno di un contesto attentamente monitorato come quello del ricovero, determinati comportamenti esternalizzanti, quali aggressività, perturbazioni o atti autolesivi, possano essere più facilmente contenuti, prevenuti e, progressivamente, ridotti. Per quanto concerne la domanda 10, focalizzata sul miglioramento delle relazioni con i coetanei, è plausibile attribuire anche tale fenomeno al contesto particolare del ricovero. I bambini e gli adolescenti ricoverati condividono lo stesso ambiente con altri pazienti che affrontano problematiche simili alle loro. In questa situazione, può risultare più agevole instaurare relazioni, poiché si trovano in un contesto accogliente che favorisce un senso di appartenenza reciproca, consentendo loro di esprimersi liberamente e sentirsi più vicini gli uni agli altri.

Per quanto attiene alla domanda 11, relativa alla cura personale, risulta evidente che un contesto di cura intensiva come quello del ricovero possa agire come stimolo, incoraggiando il paziente a dedicare maggiore attenzione e impegno alla propria cura personale.

Per quanto riguarda il periodo post-dimissione (T1-T2), nel gruppo sperimentale i punteggi delle varie domande si sono mantenuti stabili, senza mostrare differenze statisticamente significative, quindi il miglioramento osservato nel periodo di ricovero in alcuni contesti

funzionali sono stati mantenuti e non hanno dimostrato ricadute. Nel gruppo di controllo, si è verificato un miglioramento significativo per la domanda 12 "Vita familiare e relazione familiare", ma anche un peggioramento significativo per la domanda 13 "Scarsa frequentazione della scuola".

Il sostanziale miglioramento osservato nel contesto delle relazioni familiari potrebbe essere attribuito anche al prosieguo delle cure di cui anche il gruppo di controllo ha beneficiato post-dimissione, un aspetto cruciale che coinvolge non solo il paziente ma anche i genitori. Questo livello aggiuntivo di coinvolgimento può risultare estremamente benefico poiché offre un'opportunità per l'apprendimento di nuove e più efficaci strategie di gestione degli aspetti emotivo-comportamentali.

Nel contesto di queste cure prolungate, si pone un'enfasi significativa sulla dinamica relazionale genitori-figli. L'obiettivo è non solo intervenire direttamente sui sintomi manifesti del paziente, ma anche lavorare sulle interazioni familiari e sulle modalità di comunicazione. Questo approccio più ampio mira a creare un ambiente di supporto che favorisca il benessere generale del paziente, fornendo strumenti pratici ai genitori per gestire le sfide specifiche connesse al disturbo psichiatrico (Henggeler et al, 2009).

Inoltre, il coinvolgimento dei genitori nelle cure può contribuire a creare una maggiore consapevolezza e comprensione delle esigenze del paziente all'interno del contesto familiare. Questa consapevolezza può tradursi in un sostegno più mirato e nella costruzione di una rete di supporto solida, aspetti essenziali per il successo a lungo termine del percorso di guarigione del paziente.

La scarsa frequentazione della scuola può derivare da diverse e complesse ragioni che riguardano i bambini e gli adolescenti con disturbi mentali. Questi individui affrontano sfide che impattano sulla loro partecipazione al contesto scolastico. I disturbi mentali si manifestano attraverso sintomi emotivi e comportamentali che rendono arduo per i giovani affrontare l'ambiente scolastico. Ad esempio, ansia, depressione o difficoltà

nella gestione delle emozioni possono costituire ostacoli significativi alla partecipazione attiva a lezioni e attività scolastiche (O'Reilly et al, 2018).

La difficoltà nelle relazioni interpersonali con i coetanei è un ulteriore elemento che contribuisce alla scarsa frequentazione. Queste difficoltà relazionali possono portare a sentimenti di isolamento e ostracismo, minando l'esperienza scolastica complessiva (Tekind e Aydin, 2022).

Alcuni disturbi mentali interferiscono con le abilità di apprendimento, generando sfide accademiche che, a loro volta, influenzano negativamente l'autostima e la motivazione per partecipare attivamente alla vita scolastica. (Corrigan e Watson, 2002).

La ricezione di trattamenti psicoterapeutici o farmacologici aggiunge un ulteriore strato di complessità. Gli effetti collaterali di tali trattamenti possono impattare sulla capacità di partecipare completamente alle attività scolastiche, creando una barriera aggiuntiva alla presenza regolare a scuola. (Gadow, 1992).

In conclusione, le nostre analisi confermano l'efficacia del progetto di dimissioni protette nel mantenere la stabilità dello stato psicologico di bambini e ragazzi che hanno affrontato un ricovero ospedaliero in Neuropsichiatria Infantile, almeno quanto le pratiche consuete post-dimissione.

L'analisi dei dati evidenzia notevoli differenze nella gestione post-dimissione in termini di frequenza scolastica tra il gruppo sperimentale e quello di controllo.

Analizzando nello specifico i dati riguardanti la frequenza scolastica, notiamo che nel gruppo sperimentale l'80% dei minori è riuscito a tornare a scuola grazie a una collaborazione efficace tra scuola ed educatore di riferimento. Di questi, il 50% ha ripreso la frequenza a tempo pieno, mentre il 30% in modo graduale. Questi risultati indicano un successo significativo nel supporto alla reintegrazione scolastica nel gruppo sperimentale, evidenziando l'impatto positivo dell'intervento degli educatori di "Train de Vie".

D'altra parte, nel gruppo di controllo, non sono disponibili dati specifici sulla frequenza scolastica, poiché tale aspetto è stato un obiettivo specifico del progetto "Dimissioni Protette". Tuttavia, l'assenza di informazioni dettagliate su questo parametro nel gruppo di controllo potrebbe riflettere una mancanza di focalizzazione sull'obiettivo specifico di supporto alla frequenza scolastica in quel contesto, evidenziando un elemento invece cruciale nel contesto delle dimissioni protette.

L'approfondimento dell'analisi delle risposte HONOSCA alla domanda 13 sottolinea ulteriormente le divergenze tra i due gruppi. Nel gruppo sperimentale, la percentuale maggiore di pazienti senza problemi scolastici rispetto al gruppo di controllo suggerisce che l'intervento personalizzato e il sostegno attivo abbiano contribuito positivamente alla gestione della frequenza scolastica post-dimissione.

In conclusione, questi risultati indicano che l'approccio adottato nel gruppo sperimentale, con un focus specifico sulla frequenza scolastica e l'intervento mirato degli educatori, ha portato a una maggiore riuscita nel reintegrare i pazienti a scuola rispetto al gruppo di controllo, evidenziando l'efficacia delle "Dimissioni Protette" in questo contesto.

Il progetto di dimissioni protette si configura come un'innovativa strategia che, mantenendo un focus sull'individuo e sulla sua vita quotidiana, contribuisce in modo significativo al successo del trattamento post-dimissione. La personalizzazione dell'assistenza, l'integrazione nell'ambiente familiare e il monitoraggio continuo del paziente sono elementi chiave che caratterizzano questo approccio, apportando benefici concreti al benessere complessivo dei bambini e degli adolescenti coinvolti nel percorso di cura.

4.5 Criticità riscontrate

Durante la fase critica dell'emergenza sanitaria causata dal COVID, sono emerse sfide significative, in particolare nella possibilità di effettuare incontri in presenza con i pazienti. Inoltre, si è osservato un aumento sostanziale dei casi gravi e delle richieste di interventi intensivi. Quest'ultimo elemento ha avuto un impatto significativo sull'incremento delle riammissioni ospedaliere e degli inserimenti in comunità rispetto al periodo precedente alla pandemia.

4.6 Possibili sviluppi della ricerca

Potenziamenti direzioni di sviluppo della ricerca potrebbero includere un follow-up a lungo termine, l'ampliamento della casistica per consolidare i risultati e valutare l'impatto sulle riammissioni ospedaliere. Inoltre, risulterebbe di particolare interesse confrontare gli effetti del regime di dimissioni protette con quelli di altri interventi psicologici ed educativi, come ad esempio quelli di tipo semiresidenziale.

Un aspetto rilevante potrebbe essere il potenziamento delle attività preventive, attraverso la creazione di un gruppo di formatori multidisciplinare. Questo gruppo avrebbe il compito di sensibilizzare la comunità educante riguardo ai problemi psichici degli adolescenti, con particolare attenzione alle istituzioni educative chiave, come famiglie e scuole. Questo coinvolgerebbe la formazione sull'uso di strumenti utili per identificare segnali di disagio nei minori e fornire linee guida su come gestire tali situazioni. L'obiettivo sarebbe anche di diffondere conoscenze e sensibilizzare sul tema della salute mentale e del benessere psichico, al fine di ridurre il pregiudizio e migliorare l'accesso alle cure e alle attività di supporto.

4.7 Conclusioni

In conclusione, la presente tesi ha indagato in modo approfondito il complesso scenario del disagio psicologico nei bambini e negli adolescenti, focalizzandosi sui ricoveri in neuropsichiatria infantile e considerando l'influenza significativa della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale di questa delicata fascia di età.

Le analisi condotte sulle dinamiche dei ricoveri in neuropsichiatria infantile hanno rivelato una serie di aspetti critici relativi alla gestione del disagio psicologico in questa popolazione. Tuttavia, l'emergere della pandemia di COVID-19 ha introdotto nuove sfide e complicazioni nel panorama della salute mentale infantile. Le restrizioni imposte, la sospensione delle attività scolastiche e le alterazioni nella routine quotidiana hanno amplificato il disagio psicologico, portando a un aumento dei ricoveri in neuropsichiatria infantile. È emerso un urgente bisogno di strategie e interventi mirati per mitigare gli impatti psicologici negativi causati dalla pandemia.

L'analisi delle pratiche post-dimissione ha sottolineato l'importanza di un approccio personalizzato e coinvolgente, in cui le famiglie sono attivamente coinvolte nel percorso di cura. Questo approccio si è dimostrato cruciale anche nel contesto della pandemia, dove il supporto continuo e la flessibilità delle strategie di trattamento sono risultati fondamentali per affrontare le nuove sfide.

Vogliamo sottolineare la complessità e la multidimensionalità del disagio psicologico infantile, con particolare attenzione al contesto dei ricoveri in neuropsichiatria e all'impatto della pandemia. Le implicazioni di questo studio suggeriscono la necessità di politiche e pratiche che integrino efficacemente gli approcci innovativi nel trattamento del disagio psicologico, garantendo al contempo una risposta rapida ed efficace alle sfide emergenti, come quelle derivanti dalla pandemia di COVID-19.

Solo attraverso un impegno continuo e coordinato, sarà possibile preservare e migliorare la salute mentale dei bambini e degli adolescenti, fornendo loro le risorse necessarie per affrontare il futuro con resilienza e benessere.

Le analisi condotte nell'ambito della presente ricerca hanno fornito una panoramica dettagliata sull'efficacia e sull'impatto delle Dimissioni Protette nel contesto del reparto di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale di Padova. Riassumendo i risultati chiave, emerge un quadro complesso che mette in luce aspetti cruciali della pratica clinica e dell'implementazione delle Dimissioni Protette.

Innanzitutto, l'analisi dei punteggi HONOSCA ha rivelato una maggiore complessità clinica nei pazienti del gruppo sperimentale sia all'ingresso che alla dimissione, con punteggi medi superiori rispetto al gruppo di controllo. Questo conferma la coerenza con gli obiettivi del progetto, focalizzato su soggetti con maggiore complessità clinica. Questa informazione sottolinea l'importanza di considerare non solo la diagnosi ICD 10 ma anche la complessità dei sintomi psico-comportamentali nella valutazione dei pazienti.

I risultati suggeriscono che uno degli obiettivi delle Dimissioni Protette, ovvero la riduzione del tempo di ricovero, è stato raggiunto in modo positivo nel gruppo sperimentale. Questo si riflette nel fatto che un maggior numero di pazienti nel gruppo sperimentale ha avuto un ricovero inferiore a 28 giorni rispetto al gruppo di controllo. Tale differenza indica che l'implementazione delle Dimissioni Protette può contribuire a una gestione più efficiente dei casi, consentendo una rapida transizione dal contesto ospedaliero a quello domestico per una percentuale significativa di pazienti. Questi risultati possono essere interpretati come un segnale di successo nel raggiungere l'obiettivo di riduzione della durata del ricovero, sottolineando l'efficacia dell'approccio delle Dimissioni Protette nell'ottimizzare il percorso di cura dei pazienti.

Per quanto riguarda le ricadute a 3 mesi dalla dimissione, i risultati indicano che, almeno nel breve termine, il tasso è stato lo stesso nei due gruppi (17.39%).

Questo potrebbe suggerire che, almeno nel breve termine, i due approcci, ovvero le Dimissioni Protette nel gruppo sperimentale e le pratiche cliniche convenzionali nel gruppo di controllo, hanno un impatto comparabile sulla prevenzione delle ricadute entro il periodo considerato. Altri fattori, indipendenti dal tipo di trattamento, potrebbero influenzare le ricadute nei due gruppi. Questi fattori potrebbero includere aspetti socio-economici, ambientali o altri eventi esterni che hanno impatto sulla salute mentale dei pazienti. Il fatto che non ci siano differenze significative potrebbe essere attribuito al breve periodo di follow-up. Potrebbe essere necessario un periodo più lungo per rilevare eventuali differenze nel tasso di ricaduta tra i due gruppi.

Analogamente, l'analisi delle indicazioni di invio in comunità non ha evidenziato differenze significative tra il gruppo sperimentale e quello di controllo. Questo potrebbe suggerire che, almeno nei parametri considerati, l'implementazione delle Dimissioni Protette non ha un impatto significativo rispetto al trattamento convenzionale. Va notato che, dal punto di vista descrittivo, nel gruppo di controllo sono emerse un numero maggiore di indicazioni per l'invio in comunità rispetto al gruppo sperimentale (2 rispetto a 1). Le dinamiche specifiche del contesto e i fattori individuali possono contribuire a interpretare tali risultati. Ulteriori approfondimenti e valutazioni a lungo termine sono necessari per comprenderne appieno l'impatto.

L'analisi delle indicazioni di semiresidenza o partecipazione ad attività educative tra il gruppo sperimentale e di controllo suggerisce una maggiore propensione nel gruppo sperimentale (13% rispetto al 4,3% nel gruppo di controllo). Tuttavia, il test esatto di Fisher non ha rilevato differenze statisticamente significative, indicando che, nonostante le tendenze, la differenza potrebbe essere casuale. La necessità di un ambiente più strutturato nel grupposperimentale potrebbe riflettere la complessità delle loro esigenze cliniche.

L'attenta valutazione dei punteggi HONOSCA ha rivelato un andamento positivo in entrambi i gruppi durante il periodo di ricovero, indicando miglioramenti significativi. Tuttavia, nel periodo successivo a 6 mesi dalla dimissione, si è osservato un risultato particolarmente rilevante: nel gruppo sperimentale, la frequenza scolastica è rimasta stabile, mentre nel gruppo di controllo si è verificato un significativo peggioramento. Ciò indica l'effetto positivo e specifico delle Dimissioni Protette sulla continuità della partecipazione scolastica, indicando che questo approccio può favorire la stabilità e il benessere in un contesto cruciale per lo sviluppo giovanile.

La valutazione approfondita dei singoli item del test HONOSCA ha evidenziato miglioramenti significativi durante il ricovero per entrambi i gruppi, con focus particolari sul controllo di comportamenti perturbatori, autolesivi, sintomi emotivo-relazionali e autonomia personale. Questi risultati suggeriscono che il contesto controllato del ricovero può influenzare positivamente il trattamento di specifici aspetti del disagio psicologico.

Nel periodo post-dimissione, il gruppo sperimentale ha mantenuto la stabilità nei punteggi HONOSCA, indicando che le Dimissioni Protette contribuiscono a consolidare i benefici ottenuti durante il ricovero. Al contrario, nel gruppo di controllo, sebbene siano stati osservati miglioramenti nelle dinamiche familiari, si è registrato un significativo declino nella frequenza scolastica. Ciò sottolinea l'importanza di un supporto continuo e personalizzato nel periodo successivo alla dimissione per preservare i risultati ottenuti.

Un aspetto distintivo delle Dimissioni Protette è l'attenzione posta sulla personalizzazione del trattamento, coinvolgendo attivamente il paziente nella definizione degli obiettivi e delle strategie. La flessibilità e l'adattabilità di questo approccio si sono dimostrate fondamentali nel gestire le diverse esigenze dei pazienti nel tempo, promuovendo un percorso di guarigione più completo e sostenibile.

L'analisi dell'item relativo alle relazioni con i coetanei (domanda 10) ha evidenziato un miglioramento significativo nel gruppo di controllo durante il ricovero, confermando che l'ambiente controllato può facilitare lo sviluppo di relazioni interpersonali positive. Tuttavia, il periodo post-dimissione ha evidenziato l'effetto positivo e specifico delle Dimissioni Protette sulla frequenza scolastica.

L'analisi dettagliata delle risposte HONOSCA alla domanda 13 ("Scarsa frequentazione della scuola") ha fornito una panoramica approfondita delle differenze tra il gruppo sperimentale e quello di controllo nel contesto delle dimissioni protette. I risultati indicano chiaramente una divergenza significativa nei percorsi post-dimissione, con implicazioni rilevanti per l'efficacia del programma "Dimissioni Protette".

Nel gruppo sperimentale, il 42.1% dei pazienti non ha riscontrato alcun problema con la frequenza scolastica, suggerendo un elevato successo nel reintegro scolastico. Inoltre, l'80% dei minori è riuscito a tornare a scuola, di cui il 50% ha ripreso la frequenza a tempo pieno e il 30% in modo graduale. Questi dati confermano l'efficacia dell'intervento personalizzato e del sostegno attivo degli educatori di "Train de Vie" nel favorire la riuscita della reintegrazione scolastica nel gruppo sperimentale.

D'altra parte, nel gruppo di controllo, la mancanza di dati specifici sulla frequenza scolastica evidenzia una limitata focalizzazione su questo aspetto, che era invece uno degli obiettivi principali del progetto "Dimissioni Protette".

In ultima sintesi, l'approccio adottato nel gruppo sperimentale, con un focus mirato sulla frequenza scolastica e un intervento personalizzato degli educatori, ha dimostrato di contribuire in modo significativo al successo del reintegro a scuola. Questi risultati sottolineano l'importanza di considerare attentamente gli obiettivi specifici del programma "Dimissioni Protette" e di implementare strategie mirate per massimizzare l'efficacia nel contesto delle dimissioni psichiatriche.

In conclusione, questa tesi ha esplorato in dettaglio il complesso scenario del disagio psicologico nei bambini e negli adolescenti, con un focus particolare sui ricoveri in neuropsichiatria infantile e l'impatto della pandemia di COVID-19.

L'implementazione delle Dimissioni Protette ha dimostrato successi significativi nel ridurre la durata del ricovero e favorire la stabilità post-dimissione, specialmente nel mantenimento della frequenza scolastica nel gruppo sperimentale. Tuttavia, le sfide rimangono, e la ricerca suggerisce la necessità di strategie mirate per affrontare le complessità del disagio psicologico infantile, considerando anche le influenze esterne come la pandemia. La personalizzazione del trattamento e il coinvolgimento attivo delle famiglie emergono come elementi chiave per affrontare con successo le esigenze dei pazienti. Al di là delle differenze statistiche, il valore di interventi come le Dimissioni Protette risiede nell'approccio flessibile e centrato sul paziente, che può contribuire a una gestione più efficace e resiliente del disagio psicologico nei bambini e negli adolescenti.

4.8 Tabelle e Grafici

Tabella A: distribuzione per genere

Sesso	N° Sperimentale	% Sperimentale	N° Controllo	% Controllo
N° Femmine	17	73,91	17	73,91
N° Maschi	6	26,09	6	26,09
N° Totale	23	100	23	100

Tabella B: distribuzione per Età

Età	N° Sperimentale	% Sperimentale	N° Controllo	% Controllo
6 anni	1	4,35	0	0

11 anni	1	4,35	0	0
12 anni	3	13,04	3	13,04
13 anni	3	13,04	4	17,39
14 anni	4	17,39	5	21,74
15 anni	6	26,09	6	26,09
16 anni	3	13,04	4	17,39
17 anni	2	8,70	1	4,35

Tabella C: distribuzione per diagnosi

Diagnosi	N° Sperimentale	% Sperimentale	N° Controllo	% Controllo
1 - F30-F39	15	65,22	15	65,22
2 - F40-F42	2	8,7	2	8,7
3 - F50-F59	1	4,35	1	4,35
4 - F-90-F98	2	8,69	2	8,69
5 - F20-F29	1	4,35	1	4,35
6 - Altro	2	8,69	2	8,69

Legenda tabella C

Legenda attribuzione valori ICD-10
1 - Sindr. affettivi (F30-F39)
2 - Dist.ansia, DOC, Dist.somatizzanti-conversione (F40-F42)
3 - Sindr. e Dist. associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche (F50-F59)
4 - Sindr. e Dist. comportamentali con esordio infanzia/adolescenza (F-90-F98)
5 - Dist. Psicotici (F20-F29)

6 - Altro

Tabella D: durata ricovero

Durata ricovero	N° Sperimentale	% Sperimentale	N° Controllo	% Controllo
0-7 gg	0	0	3	13,04
8-14 gg	10	43,47	11	47,83
15-21 gg	4	17,39	2	8,69
22-28 gg	6	26,08	2	8,69
29-35 gg	1	4,35	1	4,35
36-42 gg	0	4,35	2	8,69
43-49 gg	1	4,35	2	8,69
50-56 gg	1	4,35	0	

Tabella E: frequenza di Ricaduta dopo 3 mesi

	N° Sperimentale	% Sperimentale	N° Controllo	% Controllo
Ricaduta dopo 3 mesi	4	17,39	4	13,04

Tabella F: frequenza indicazione alla comunità e indicazione alla semiresidenza/ attività educative

	N° Sperimentale	% Sperimentale	N° Controllo	% Controllo
Indicazione alla comunità	1	4,35	2	0

Indicazione alla semiresidenza/ attività educative	3	13,04	1	4,35
--	---	-------	---	------

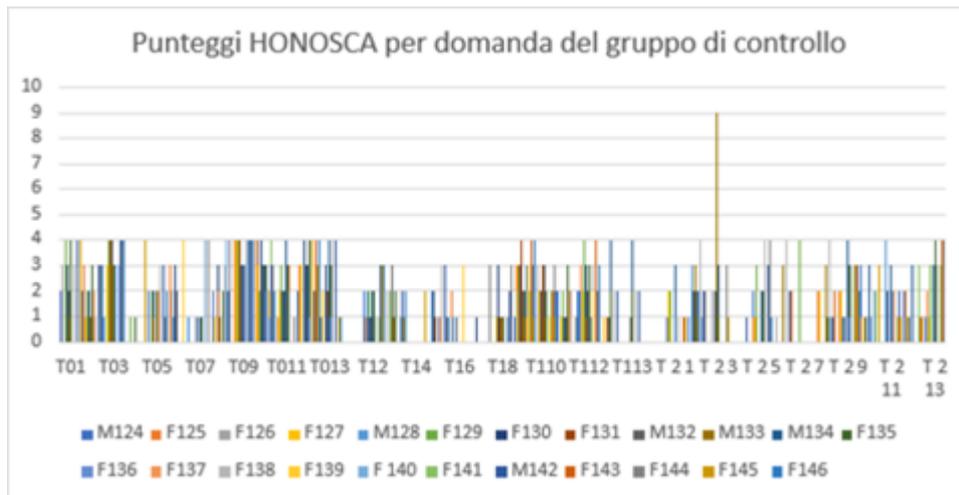
Tabella G: Risposte alla domanda 13 del questionario HONOSCA del gruppo sperimentale a T2

0 - nessun problema	8	42.1%
1 - problema lieve che non richiede supporto	5	26.3%
2 - problema lieve ma persistente	3	10.5%
3 - problema serio	1	5.2%
4 - problema grave/molto grave	3	15.7%

Tabella H: Risposte alla domanda 13 del questionario HONOSCA del gruppo di controllo a T2

0 - nessun problema	7	33.3%
1 - problema lieve che non richiede supporto	3	14.3%
2 - problema lieve ma persistente	1	4.7%
3 - problema serio	4	19%
4 - problema grave/molto grave	4	19%

Grafico 1



5. BIBLIOGRAFIA

ACHENBACH, T. M., AND EDELBROCK, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 46.

AMMAR, A.; BRACH, M.; TRABELSI, K.; CHTOUROU, H.; BOUKHRIS, O.; MASMOUDI, L.; BOUAZIZ, B.; BENTLAGE, E.; HOW, D.; AHMED, M.; et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients* 2020, 12, 1583.

<https://doi.org/10.3390/nu12061583>

AMY E SICKEL, JASON D SEACAT & NINA A NABORS (2014) Mental health stigma update: A review of consequences, *Advances in Mental Health*, 12:3, 202-215, DOI: 10.1080/18374905.2014.11081898

ANGOLD, A, WORTHMAN, C, COSTELLO EJ. Puberty and depression. In Hayward C. editor. *Gender differences at puberty*. Cambridge University Press; 2003. (pag. 137–164). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489716.009>.

ANNIE HERBERT, RUTH GILBERT, DAVID COTTRELL, LEAH LI, Causes of death up to 10 years after admissions to hospitals for self-inflicted, drug-related or alcohol-related, or violent injury during adolescence: a retrospective, nationwide, cohort study, *The Lancet*, Volume 390, Issue 10094, 2017, Pages 577-587, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31045-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31045-0).

ANTHONY SPIRITO, JULIE BOERGERS, DEIDRE DONALDSON, DUANE BISHOP, WILLIAM LEWANDER, An Intervention Trial to Improve Adherence to Community Treatment by Adolescents After a Suicide Attempt, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 41, Issue 4, 2002, Pages 435-442, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00016>.

ARMITAGE R, NELLUMS LB. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2020;8(5): e644. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).

ARNOLD E.M., GOLDSTON D.B., RUGGIERO A., REBOUSSIN B.A., DANIEL S.S.,

HICKMAN E.A. Rates and Predictors of Rehospitalization Among Formerly Hospitalized Adolescents. *Psychiatr. Serv.* 2003;54:994–998. doi: 10.1176/appi.ps.54.7.994.

AVISON, W. R., AND MCALPINE, D. D. (1992). Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *J. Health Soc. Behav.* 33: 77–96.

BAO L, BROWNLIE EB, BEITCHMAN JH. (2016) Mental health trajectories from adolescence to adulthood: Language disorder and other childhood and adolescent risk factors. *Dev Psychopathol* 28(2):489–504

BARDACH, N.S.; COKER, T.R.; ZIMA, B.T.; MURPHY, J.M.; KNAPP, P.; RICHARDSON, L.P. Common and Costly Hospitalizations for Pediatric Mental Health Disorders. *Pediatrics* 2014, 133, 602–609.

BARENDSE MEA, FLANNERY J, CAVANAGH C, ARISTIZABAL M, BECKER SP, BERGER E, BREAUX R, CAMPIONE-BARR N, CHURCH JA, CRONE EA, DAHL RE, DENNIS-TIWARY TA, DVORSKY MR, DZIURA SL, VAN DE GROEP S, HO TC, KILLOREN SE, LANGBERG JM, LARGUINHO TL, MAGIS-WEINBERG L, MICHALSKA KJ, MULLINS JL, NADEL H, PORTER BM, PRINSTEIN MJ, REDCAY E, ROSE AJ, ROTE WM, ROY AK, SWEIJEN SW, TELZER EH, TERESI GI, THOMAS AG, PFEIFER JH. Longitudinal Change in Adolescent Depression and Anxiety Symptoms from before to during the COVID-19 Pandemic. *J Res Adolesc.* 2023 Mar;33(1):74-91. doi: 10.1111/jora.12781. Epub 2022 Jul 7. PMID: 35799311; PMCID: PMC9349954.

BARKER D., JAIRAM R., ROCCA A., GODDARD L., MATTHEY S. Why Do Adolescents Return to an Acute Psychiatric Unit? *Australas. Psychiatry.* 2010;18:551–555. doi: 10.3109/10398562.2010.501380.

BAUMRIND, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Dev. Psychol. Monogr.* 4: 1–103.

BELFER, M.L. (2008), Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49: 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>

BENZEVAL, M., AND K. JUDGE. 2001. "Income and health: the time dimension." *Social Science and Medicine* no. 52:1371-1390.

BERONA J., HORWITZ A.G., CZYZ E.K., KING C.A. Psychopathology Profiles of Acutely Suicidal Adolescents: Associations with Post-Discharge Suicide Attempts and Rehospitalization. *J. Affect. Disord.* 2017;209:97–104. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.036.

BHOPAL SS, BAGARIA J, BHOPAL R. Risks to children during the COVID-19 pandemic: some essential epidemiology. *BMJ.* 2020;369: some m2290. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2290>.

BITSKO R.H., HOLBROOK J.R., ROBINSON L.R., KAMINSKI J.W., GHANDOUR R., SMITH C., PEACOCK G. Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioural, and Developmental Disorders in Early Childhood—United States, 2011–2012. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2016;65:221–226. doi: 10.15585/mmwr.mm6509a1.

BITSKO RH, HOLBROOK JR, GHANDOUR RM, BLUMBERG SJ, VISSER SN, PEROU R, WALKUP JT. Epidemiology and Impact of Health Care Provider-Diagnosed Anxiety and Depression Among US Children. *J Dev Behav Pediatr.* 2018. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000571>.

BLADER JC. Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric rehospitalization within one year of discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Apr;43(4):440-51. doi: 10.1097/00004583-200404000-00010. PMID: 15187804; PMCID: PMC2953818.

BLANZ, B.; SCHMIDT, M.H. Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip*. 2000, 41, 703–712.

BOBIER C., BOBIER C., WARWICK M. Factors Associated with Readmission to Adolescent Psychiatric Care. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2005;39:600–606. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01632.x.

BOLTON D, BHUGRA D. Changes in society and young people's mental health¹. *Int Rev Psychiatry*. 2021 Feb-Mar;33(1-2):154-161. doi: 10.1080/09540261.2020.1753968. Epub 2020 Apr 29. PMID: 32347134.

BRANLEY-BELL D, TALBOT CV. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *J Eat Disord*. 2020 Aug 31;8:44. doi: 10.1186/s40337-020-00319-y. PMID: 32874585; PMCID: PMC7444862.

BRANN, P.; ALEXANDER, M. & COOMBS, T. (2012). Routine outcome measurement in youth mental health: A comparison of two clinician rated measures, HoNOSCA and HoNOS *Psychiatry Research* 200 (2012) 884–889 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.010>

CALDERONI, D.; FERRARA, M.; SARTI, M.I.; NARDOCCI, F. “More With Less”: Minori e ricovero psichiatrico. *G. Di Neuropsichiatria Dell'età Evol.* 2008, 28, 149–166.

CARLISLE C.E., MAMDANI M., SCHACHAR R., To T. Aftercare, Emergency Department Visits, and Readmission in Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2012;51:283–293.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2011.12.003. [

CASE B.G., OLFSO M., MARCUS S.C., SIEGEL C. Trends in the Inpatient Mental Health Treatment of Children and Adolescents in US Community Hospitals Between 1990 and 2000. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007;64:89. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.89.

CASTALDO L, SERRA G, PIGA S, REALE A, VICARI S. Suicidal behaviour and non-suicidal self-injury in children and adolescents seen at an Italian paediatric emergency department. *Ann Ist Super Sanità.* 2020;56(3):303–14. https://doi.org/10.4415/ann_20_03_08.

CASTELLINI G, CASSIOLI E, ROSSI E, INNOCENTI M, GIRONI V, SANFILIPPO G, FELCIAI F, MONTELEONE AM, RICCA V. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int J Eat Disord.* 2020 Nov;53(11):1855-1862. doi: 10.1002/eat.23368. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32856333; PMCID: PMC7461528.

CHATAGNER A., J.-P. RAYNAUD, Adolescents et urgences pédopsychiatriques: revue de la littérature et réflexion clinique, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 61, Issue 1, 2013, Pages 8-16, ISSN 0222-9617, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.10.004>.

CHENG C., CHAN C.W.T., GULA C.A., PARKER M.D. Effects of Outpatient Aftercare on Psychiatric Rehospitalization Among Children and Emerging Adults in Alberta, Canada. *Psychiatr. Serv.* 2017;68:696–703. doi: 10.1176/appi.ps.201600211.

CHITTLEBOROUGH, C. R., H. WINEFIELD, T. K. GILL, C. KOSTER, AND A. W. TAYLOR. 2011. "Age differences in associations between psychological distress and chronic conditions." *International Journal of Public Health* no. 56 (1):71-80. doi: 10.1007/s00038-010-0197-5.

CICCHETTI, D., AND BEEGHLY, M. (1987). Symbolic development in maltreated youngsters: An organizational perspective. In Cicchetti D., and Beeghly, M. (eds.), *Atypical Symbolic Development*. Jossey-Bass, San Francisco.

CLARK BRYAN D, MACDONALD P, AMBWANI S, CARDI V, ROWLANDS K, WILLMOTT D, TREASURE J. Exploring the ways in which COVID-19 and lockdown has affected the lives of adult patients with anorexia nervosa and their carers. *Eur Eat Disord Rev.* 2020 Nov;28(6):826-835. doi: 10.1002/erv.2762. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32643844; PMCID: PMC7362064.

COHEN, S., AND WILLS, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 98: 310–357.

COLDER CR, FRNDAK S, LENGUA LJ, ET AL. (2018) Internalizing and Externalizing Problem Behavior: a Test of a Latent Variable Interaction Predicting a Two-Part Growth Model of Adolescent Substance Use. *J Abnorm Child Psychol* 46(2):319–330

COMPAS, B. E., MALCARNE, V. L., AND FONDACARO, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56: 405–411.

CONSOLI, A.; PEYRE, H.; SPERANZA, M.; HASSLER, C.; FALISSARD, B.; TOUCHETTE, E. Suicidal behaviors in depressed adolescents: Role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 2013, 7, 8.

COPELAND WE, SHANAHAN L, COSTELLO EJ, ET AL. (2009) Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry* 66(7):764–772

COPELAND WE, WOLKE D, SHANAHAN L, ET AL. (2015) Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. *JAMA psychiatry* 72(9):892–899

COPPA K, DIEFENBACH MA, DOMINELLO AJ, DUER-HEFELE J, FALZON L, GITLIN J, HAJIZADEH N, HARVIN TG, HIRSCHWERK DA, KIM EJ, KOZEL ZM, MARRAST LM, MOGAVERO JN, OSORIO GA, QIU M, ZANOS TP. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA.* 2020 May 26;323(20):2052-2059. doi: 10.1001/jama.2020.6775. Erratum in: *JAMA.* 2020 May 26;323(20):2098. PMID: 32320003; PMCID: PMC7177629.

CORRIGAN, PW, AND WATSON, AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clin Psychol Sci Pract* (2002) 9(1):35–53. doi:10.1093/clipsy.9.1.35

COSTA, S.; FARRUGGIA, R.; GUCCIONE, F. Linee di indirizzo per l'emergenza-urgenza psichiatrica in Età Evolutiva. *G. Di Neuropsichiatria Dell'età Evol.* 2018, 38, 57–72.

COSTELLO EJ, COPELAND W, ANGOLD A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(10):1015–25. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>.

COSTELLO EJ, MUSTILLO S, KELLER G, ANGOLD A, Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD, eds. *Mental Health Services: a Public Health Perspective, Second Edition.* Oxford, UK: Oxford University Press;2004111128

CRAIG D. BURNS, RANON CORTELL, BARRY M. WAGNER, Treatment Compliance in Adolescents After Attempted Suicide: A 2-Year Follow-up Study, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 47, Issue 8, 2008, Pages 948-957, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/CHI.Ob013e3181799e84>.

CREE RA, BITSKO RH, ROBINSON LR, HOLBROOK JR, DANIELSON ML, SMITH C, KAMINSKI JW, KENNEY MK, PEACOCK G. Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders and Poverty Among Children Aged 2-8 Years - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Dec 21;67(50):1377-1383. doi: 10.15585/mmwr.mm6750a1. PMID: 30571671; PMCID: PMC6342550.

CUSINATO M, IANNATONE S, SPOTO A, POLI M, MORETTI C, GATTA M, MISCIOSCIA M. Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>.

CUYPERS, P.J.V.; DANCKAERTS, M.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K.; BRUFFAERTS, R. The paediatric psychiatric emergency population in a university teaching hospital in Belgium (2003–2008). *Eur. J. Emerg. Med.* 2014, 21, 384–386.

CZYZ E.K., BERONA J., KING C.A. Rehospitalization of Suicidal Adolescents in Relation to Course of Suicidal Ideation and Future Suicide Attempts. *Psychiatr. Serv.* 2016;67:332–338. doi: 10.1176/appi.ps.201400252.

CZYZ E.K., LIU Z., KING C.A. Social Connectedness and One-Year Trajectories among Suicidal Adolescents Following Psychiatric Hospitalization. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2012;41:214–226. doi: 10.1080/15374416.2012.651998.

D'AVANZO, B., LOVAGLIO, P., PARABIAGHI, A., CONTI, P., FRIGERIO, A., MOLTENI, M., ET AL. (2018). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): Psychometric properties of the Italian version. *CHILDREN AND YOUTH SERVICES REVIEW*, 94, 340-346 [10.1016/j.childyouth.2018.10.005].

DAVID SHAFFER, CYNTHIA R. PFEFFER, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 40, Issue 7, Supplement, 2001, Pages 24S-51S, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>.

DI LORENZO, R.; CIMINO, N.; DI PIETRO, E.; POLLUTRI, G.; NEVIANI, V.; FERRI, P. A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016, 12, 191–201.

DONNA L LONDINO, P.ALEX MABE, ALLAN M JOSEPHSON, Child and adolescent psychiatric emergencies: family psychodynamic issues, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 12, Issue 4, 2003, Pages 629-647, ISSN 1056-4993, [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00055-5](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00055-5).

ERNST CL, GOLDBERG GF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12(1):14-41. <https://doi.org/10.1080/10673220490425924>.

FAROOQ S, TUNMORE J, ALI W, AYUB M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2021;306:114228. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114228>.

FARRUGGIA, R.; COSTA, S. La situazione organizzativa dei servizi NPIA in risposta all'urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva in Italia: Dati preliminari. *G. Di Neuropsichiatr. Dell'età Evol.* 2016, 36, 38–47.

FELITTI, V.J.; ANDA, R.F.; Nordenberg, D.; Williamson, D.F.; Spitz, A.M.; Edwards, V. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am. J. Prev.*

FENG J.Y., TOOMEY S.L., ZASLAVSKY A.M., NAKAMURA M.M., SCHUSTER M.A. Readmission after Pediatric Mental Health Admissions. *Pediatrics*. 2017;140:e20171571. doi: 10.1542/peds.2017-1571.

FERNÁNDEZ-ARANDA F, CASAS M, CLAES L, BRYAN DC, FAVARO A, GRANERO R, GUDIOL C, JIMÉNEZ-MURCIA S, KARWAUTZ A, LE GRANGE D, MENCHÓN JM, TCHANTURIA K, TREASURE J. COVID-19 and implications for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2020 May;28(3):239-245. doi: 10.1002/erv.2738. PMID: 32346977; PMCID: PMC7267370.

FINKBEINER M, KÜHNHAUSEN J, SCHMID J, CONZELMANN A, DÜRRWÄCHTER U, WAHL LM, KELAVA A, GAWRILOW C, RENNER TJ. E-Mental-Health aftercare for children and adolescents after partial or full inpatient psychiatric hospitalization: study protocol of the randomized controlled DigiPuR trial. *Trials*. 2022 Aug 26;23(1):713. doi: 10.1186/s13063-022-06508-1. PMID: 36028894; PMCID: PMC9412803.

FONTANELLA C.A. The Influence of Clinical, Treatment, and Healthcare System Characteristics on Psychiatric Readmission of Adolescents. *Am. J. Orthopsychiatry*. 2008;78:187–198. doi: 10.1037/a0012557.

FORSYTHE, C. J., AND COMPAS, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Ther. Res*. 11: 385–473.

GADOW KD. Pediatric psychopharmacotherapy: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992 Jan;33(1):153-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00861.x. PMID: 1371122.

GARRALDA ME, YATES P, HIGGINSON I. Child and adolescent mental health service use. HoNOSCA as an outcome measure. *Br J Psychiatry*. 2000 Jul;177:52-8. doi: 10.1192/bjp.177.1.52. PMID: 10945089.

GARRIGA M, AGASI I, FEDIDA E, ET AL. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(5):479–80. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>.

GATTA M, RAFFAGNATO A, ANGELICO C, BENINI E, MEDDA E, FASOLATO R, MISCIOSCIA M. Externalising Behaviours, Impulsivity, Alexithymia, and Emotional Dysregulation in Adolescents' Suicidality. *Clin Neuropsychiatry*. 2023 Feb;20(1):17-28. doi: 10.36131/cnfioritieditore20230103. PMID: 36936619; PMCID: PMC10016105.

GATTA M, RAFFAGNATO A, IANNATONE S, MISTRORIGO C, FASOLATO R, TRAVERSO A, ZANATO S, MISCIOSCIA M. Hospitalisation in Child Neuropsychiatry: A Case Study Along a Five-Year Epidemiological-Clinical Trend. *Clin Neuropsychiatry*. 2022 Apr;19(2):72-83. doi: 10.36131/cnfioritieditore20220201. PMID: 35601249; PMCID: PMC9112988.

GATTA M, SISTI M, SUDATI L, MISCIOSCIA M, SIMONELLI A. The Lausanne Trilogue Play within the outcome evaluation in infant mental health: a preliminary report. *Res Psychother* 2016 [Internet]. 2016;19(1).

GATTA, M., RAFFAGNATO, A., MASON, F. et al. Sociodemographic and clinical characteristics of paediatric patients admitted to a neuropsychiatric care hospital in the COVID-19 era. *Ital J Pediatr* 48, 23 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01213-w>

GATTA, M.; MISCIOSCIA, M.; SIMONELLI, A.; SUDATI, L.; SISTI, M.; COMIS, I.; BATTISTELLA, P.A. Contribution of Analyses on Triadic Relationships to Diagnostics and Treatment Planning in Developmental Psychopathology. *Psychol. Rep.* 2017, 120, 290–304.

GATTA, M.; MISCIOSCIA, M.; SISTI, M.; COMIS, I.; BATTISTELLA, P.A. Interactive family dynamics and non-suicidal self-injury in psychiatric adolescent patients: A single case study. *Front. Psychol.* 2017, 8, 46.

GBD 2013 COLLABORATION. Children and Adolescents between 1990 and 2013: Findings from the Global Burden of Disease 2013 Study. *JAMA Pediatrics* 2016, 170, 267–287.

GEARING R.E., MIAN I., SHOLONSKY A., BARBER J., NICHOLAS D., LEWIS R., SOLOMON L., WILLIAMS C., LIGHTBODY S., STEELE M., ET AL. Developing a Risk-Model of Time to First-Relapse for Children and Adolescents With a Psychotic Disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2009;197:6–14. doi: 10.1097/NMD.0b013e31819251d8.

GIALLONARDO V, SAMPOGNA G, DEL VECCHIO V, ET AL. The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Front Psychiatry.* 2020;11:533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00533>.

GISPERT, R., L. RAJMIL, A. SCHIAFFINO, AND M. HERDMAN. 2003. "Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* no. 38:677-683.

GLAHN, D.C.; NIMGAONKAR, V.L.; RAVENTÓS, H.; CONTRERAS, J.; MCINTOSH, A.M.; THOMSON, P.A. Rediscovering the value of families for psychiatric genetics research. *Mol. Psychiatry* 2019, 24, 523–535.

GODART N, RADON L, CURT F, DUCLOS J, PERDEREAU F, LANG F, VENISSE JL, HALFON O, BIZOUARD P, LOAS G, CORCOS M, JEAMMET P, FLAMENT MF. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord*. 2015 Oct 1;185:115-22. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.039. Epub 2015 Jun 25. PMID: 26162282.

GOLDSTEIN TR, AXELSON DA, BIRMAHER B, BRENT DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jul;46(7):820-30. doi: 10.1097/chi.0b013e31805c1613. PMID: 17581446; PMCID: PMC2823290.

GORRELL S, LEBOW J, KINASZ K, ET AL. Psychotropic medication use in treatment-seeking youth with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(6):739–49. <https://doi.org/10.1002/erv.2788>.

GOWERS, S. G.; HARRINGTON, R. C.; WHITTON, A.; BEEVOR, A.; LELLIOTT, P.; JEZZARD R. & WING J.K. (1999a). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): Glossary for HoNOSCA score sheet *British Journal of Psychiatry*. 174. 418-431

GOWERS, S.; BAILEY-ROGERS, S.J.; SHORE, A. & LEVINE, W. (2000). The Health of the Nation Outcome Scales for Child and Adolescent Mental Health (HoNOSCA). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 50–56 <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00285>

GRAELL M, MORÓN-NOZALEDA MG, CAMARNEIRO R, VILLASEÑOR Á, YÁÑEZ S, MUÑOZ R, MARTÍNEZ-NÚÑEZ B, MIGUÉLEZ-FERNÁNDEZ C, MUÑOZ M, FAYA M. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *Eur Eat Disord Rev*. 2020 Nov;28(6):864-870. doi: 10.1002/erv.2763. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32729139.

GRUDNIKOFF E., MCNEILLY T., BABISS F. Correlates of Psychiatric Inpatient Readmissions of Children and Adolescents with Mental Disorders. *Psychiatry Res*. 2019;282:112596. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112596

GULLIVER A., GRIFFITHS K.M., CHRISTENSEN H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.

GUTTERMAN, E.M.; MARKOWITZ, J.S.; LO CONTE, J.S.; BEIER, J. Determinants for hospitalization from an emergency mental health service. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1993, 32, 114–122.

HALLER AC, KLASSEN F, PETERMANN F, et al. (2016) Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Ergebnisse der BELLAKohortenstudie. *Kindh Entwickl* 25(1):31–

HANLON-DEARMAN A, MALIK S, WELLWOOD J, JOHNSTON K, GAMMON H, N ANDREW K, MAXWELL B, LONGSTAFFE S. A descriptive Study of a Community-Based Home-Visiting Program with Preschool Children Prenatally Exposed to Alcohol. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2017 Jun 14;24(2):e61-e71. doi: 10.22374/1710-6222.24.2.3. PMID: 28632983.

HARNETT, P. H.; LOXTON, N. J.; SADLER, T.; HIDES, L. & BALDWIN, A. (2005). The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents in an adolescent in-patient sample *Aust N Z J Psychiatry*. Mar; 39(3):129-35. DOI: 10.1080/j.1440- 1614.2005.01533.x

HARTER, S. (1990). Self and identity development. In Feldman, S. S., and Elliott, G. R. (eds.), *At the Threshold. The Developing Adolescent*. Harvard University Press, Cambridge, MA, pp. 352–387.

HAWTON K, CASEY D, BALE E, BRAND F, NESS J, WATERS K, KELLY S, GEULAYOV G. Self-harm during the early period of the COVID-19 pandemic in England: Comparative trend analysis of hospital presentations. *J Affect Disord*. 2021 Mar 1;282:991-995. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.015. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33601744; PMCID: PMC7832687.

HILL D, CONNER M, CLANCY F, MOSS R, WILDING S, BRISTOW M, O'CONNOR DB. Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2022 Jun;16(2):280-304. doi: 10.1080/17437199.2021.1923406. Epub 2021 May 24. PMID: 33913377.

HILL RM, RUFINO K, KURIAN S, SAXENA J, SAXENA K, WILLIAMS L. Suicide

Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. *Pediatrics*. 2021;147(3): e2020029280. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280>.

HOFFMAN KT, MARVIN RS, COOPER G, POWELL B. Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: the Circle of Security intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Dec;74(6):1017-26. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1017. PMID: 17154732.

HOLAHAN, C. J., AND MOOS, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *J. Pers. Soc. Psychol*. 58: 909–917.

HOLDER, S.M.; ROGERS, K.; PETERSON, E.; OCHONMA, C. Mental Health Visits: Examining Socio-demographic and Diagnosis Trends in the Emergency Department by the Pediatric Population. *Child Psychiatry Hum. Dev*. 2017, 48, 993–1000.

HORWITZ AV. Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health (London)*. 2007 Jul;11(3):273-89. doi: 10.1177/1363459307077541. PMID: 17606693.

HULL, J. G. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *J. Abnorm. Psychol*. 90: 596–600.

HUNTER R, GIBSON C. Narratives from within 'lockdown': A qualitative exploration of the impact of COVID-19 confinement on individuals with anorexia nervosa. *Appetite*. 2021 Nov 1;166:105451. doi: 10.1016/j.appet.2021.105451. Epub 2021 Jun 23. PMID: 34171411; PMCID: PMC9756092.

HYAMS JS, DI LORENZO C, SAPS M, SHULMAN RJ, STAIANO A, VAN TILBURG M. Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15:S0016-5085(16)00181-5. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.015. Epub ahead of print. PMID: 27144632.

INAGAKI M, KAWASHIMA Y, KAWANISHI C, YONEMOTO N, SUGIMOTO T, FURUNO T, IKESHITA K, ETO N, TACHIKAWA H, SHIRAISHI Y, YAMADA M. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:66-78. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.048. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25594513.

INSTITUTE OF HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Health Data Exchange (GHDx), (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed 14 May 2022).

Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 175, 2015, Pages 66-78, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. 2021. Disturbi dell'alimentazione e COVID-19. Accessed 12 May 2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dipendenze-disturbi-alimentazione>

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. Anoressia e Bulimia. 2021. Aspetti epidemiologici. Accessed 12 May 2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia>

ISUMI A, DOI S, YAMAOKA Y, TAKAHASHI K, FUJIWARA T. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first

wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse Negl.* 2020 Dec;110(Pt 2):104680. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104680. Epub 2020 Aug 23. PMID: 32847679; PMCID: PMC7443207.

J DEVOE D, HAN A, ANDERSON A, KATZMAN DK, PATTEN SB, SOUMBASIS A, FLANAGAN J, PASLAKIS G, VYVER E, MARCOUX G, DIMITROPOULOS G. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2023 Jan;56(1):5-25. doi: 10.1002/eat.23704. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35384016; PMCID: PMC9087369.

J. VANDEVOORDE, Le geste suicidaire chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 28, Issue 4, 2015, Pages 197-204, ISSN 0987-7983, <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2015.06.005>.

JAMNIK MR, DILALLA LF. (2019) Health outcomes associated with internalizing problems in early childhood and adolescence. *Frontiers in psychology* 10:60

JOAN ROSENBAUM ASARNOW, JENNIFER L. HUGHES, KALINA N. BABEVA, CATHERINE A. SUGAR, Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 56, Issue 6, 2017, Pages 506-514, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>.

JORGENSEN, R. S., AND DUSEK, J. B. (1990). Adolescent adjustment and coping strategies. *J. Pers.* 58: 503–513.

JOYCE C., GREASLEY P., WEATHERHEAD S., SEAL K. Beyond the Revolving Door: Long-Term Lived Experience of Eating Disorders and Specialist Service Provision. *Qual. Health Res.* 2019;29:2070–2083. doi: 10.1177/1049732319850772.

JULIUS OHRNBERGER, ELEONORA FICHERA, MATT SUTTON, The relationship between physical and mental health: A mediation analysis, *Social Science & Medicine*, Volume 195, 2017, Pages 42-49, ISSN 0277-9536,

K. GAUTIER, G. JOHNSTON, Mise en perspective des liens existant entre non-compliance et suicide à l'adolescence, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 53, Issue 6, 2005, Pages 282-289, ISSN 0222-9617, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.007>.

KAGABO R., HASHIBE M., KIM J., KLEINSCHMIT K., CLARK C. The Association between Length of Hospital Stay and Readmission for Pediatric Psychiatric Patient. *J. Psychiatry Ment. Health.* 2017;2 doi: 10.16966/2474-7769.116.

KENNEDY, J.; HEMBRY, P.; GREEN, D.; SKUSE, D.; LEWIS, S. Predictors of change in global psychiatric functioning at an inpatient adolescent psychiatric unit: A decade of experience. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2020, 25, 471–482.

KESSLER RC, AMMINGER GP, AGUILAR-GAXIOLA S, ET AL. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry* 20(4):359–364

KIM-COHEN J, CASPI A, MOFFITT TE, ET AL. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry* 60(7):709–717

KIRMAYER LJ. Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med.* 1989;29(3):327-39. doi: 10.1016/0277-9536(89)90281-5. PMID: 2669146.

KLEINMAN, A. 1991. *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience.* New York: The Free Press.

KURIYAMA S, NAKAYA N, OHMORI-MATSUDA K, SHIMAZU T, KIKUCHI N, KAKIZAKI M, SONE T, SATO F, NAGAI M, SUGAWARA Y, AKHTER M, HIGASHIGUCHI M, FUKUCHI N, TAKAHASHI H, HOZAWA A, TSUJI I. Factors associated with psychological distress in a community-dwelling Japanese population: the Ohsaki Cohort 2006 Study. *J Epidemiol.* 2009;19(6):294-302. doi: 10.2188/jea.je20080076. Epub 2009 Sep 12. PMID: 19749498; PMCID: PMC3924098.

LANCKER WV, PAROLIN Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):243–4. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30084-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30084-0).

LEE AR, BAHN GH. Trends of Mental Disorders and Treatment Continuity Predictors of New Patients in the Paediatric Psychiatry Clinic of a University Hospital. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(18):9613. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189613>.

LEE, A.; HANKIN, B.L.; MERMELSTEIN, R.J. Perceived social competence, negative social interactions, and negative cognitive style predict depressive symptoms during adolescence. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2010, 39, 603–615.

LEON, S.C.; UZIEL-MILLER, N.D.; LYONS, J.S.; TRACY, P. Psychiatric hospital service utilization of children and adolescents in state custody. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1999, 38, 305–310.

LIANG, S.; ZENG, Q. Factors Affecting Children’s Mental Health During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Pediatrics* 2021, 175, 319–320.

LYNCH, S.; BAUTISTA, M.; FREER, C.; KALYNYCH, C.; HENDRY, P. Child Mental Health Services in the Emergency Department. *Pediatric Emerg. Care* 2015, 31, 473–478.

M. BLONDON, D. PÉRISSE, S.-K.-E. UNNI, A. WILSON, P. MAZET, D. COHEN, L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 55, Issue 1, 2007, Pages 23-30, ISSN 0222-9617, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.12.005>.

MACDONALD K., FAINMAN-ADELMAN N., ANDERSON K.K., IYER S.N. Pathways to mental health services for young people: A systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2018;53:1005–1038. doi: 10.1007/s00127-018-1578-y.

MACHADO, P.P.P., PINTO-BASTOS, A., RAMOS, R. ET AL. Impact of COVID-19 lockdown measures on a cohort of eating disorders patients. *J Eat Disord* 8, 57 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00340-1>

MADDEN, A.; VAJDA, J.; LLAMOCCA, E.N.; CAMPO, J.V.; GORHAM, T.J.; LIN, S. Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the US: A systematic review of the literature. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2020, 65, 33–42.

MALLA A., IYER S., MCGORRY P., CANNON M., COUGHLAN H., SINGH S., JONES P., JOOBER R. From early intervention in psychosis to youth mental health reform: A review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016;51:319–326. doi: 10.1007/s00127-015-1165-4.

MANDERSON, J. & MCCUNE, N. (2003). The use of HoNOSCA in a child and adolescent mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 20, 52–55 DOI: 10.1017/S0790966700007618

MANU P., KHAN S., RADHAKRISHNAN R., RUSS M.J., KANE J.M., CORRELL C.U. Body Mass Index Identified as an Independent Predictor of Psychiatric Readmission. *J. Clin. Psychiatry*. 2014;75:e573–e577. doi: 10.4088/JCP.13m08795.

MARKUS J.P. KRUESI, JANET GROSSMAN, JAMES M. PENNINGTON, PAUL J. WOODWARD, DAVID DUDA, JAY G. HIRSCH, Suicide and Violence Prevention: Parent Education in the Emergency Department, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 38, Issue 3, 1999, Pages 250-255, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/00004583-199903000-00010>.

MARVIN R, COOPER G, HOFFMAN K, POWELL B. The Circle of Security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attach Hum Dev*. 2002 Apr;4(1):107-24. doi: 10.1080/14616730252982491. PMID: 12065033.

MARY JANE ROTHERAM-BORUS, JOHN PIACENTINI, RONAN VAN ROSSEM, FLEMMING GRAAE, COLEEN CANTWELL, DAVID CASTRO-BLANCO, SUTHERLAND MILLER, JULIE FELDMAN, Enhancing Treatment Adherence with a Specialized Emergency Room Program for Adolescent Suicide Attempters, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 35, Issue 5, 1996, Pages 654-663, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00021>.

MCCARTHY L., PULLEN L.M., SAVAGE J., CAYCE J. Risk Factors Leading to Increased Rehospitalization Rates among Adolescents Admitted to an Acute Care Child and Adolescent Psychiatric Hospital. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.* 2017;30:105–111. doi: 10.1111/jcap.12180.

MCCOMBIE C, AUSTIN A, DALTON B, LAWRENCE V, SCHMIDT U. "Now It's Just Old Habits and Misery"-Understanding the Impact of the Covid-19 Pandemic on People With Current or Life-Time Eating Disorders: A Qualitative Study. *Front Psychiatry*. 2020 Oct 27;11:589225. doi: 10.3389/fpsyt.2020.589225. PMID: 33192736; PMCID: PMC7653176.

MCINTYRE A, TONG K, MCMAHON E, DOHERTY AM. COVID-19 and its effect on emergency presentations to a tertiary hospital with self-harm in Ireland. *Ir J Psychol Med*. 2021;38(2):116–22. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.116>. Epub 2020 Sep 30.

MCLEOD JD, UEMURA R, ROHRMAN S. (2012) Adolescent mental health, behavior problems, and academic achievement. *Journal of health and social behavior* 53(4):482–497

MEHERALI S, PUNJANI N, LOUIE-POON S, ABDUL RAHIM K, DAS JK, SALAM RA, LASSI ZS. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;26;18(7):3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>.

MILLER AB, EISENLOHR-MOUL T, GILETTA M, ET AL. A within-person approach to risk for suicidal ideation and suicidal behavior: Examining the roles of depression, stress, and abuse exposure. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(7):712–22 (<https://doi.apa.org/doi/10.1037/ccp0000210>).

MILLON, T., AND DAVIS, R. D. (1995). The development of personality disorders. In Cicchetti, D., and Cohen, D. J. (eds.), *Risk, Disorder and Adaptation*. Wiley, New York.

MIROWSKY J, ROSS CE. Measurement for a human science. *J Health Soc Behav*. 2002 Jun;43(2):152-70. PMID: 12096697.

MOK P.L.H., PEDERSEN C.B., SPRINGATE D., ASTRUP A., KAPUR N., ANTONSEN S., MORS O., WEBB R.T. Parental Psychiatric Disease and Risks of Attempted Suicide and Violent Criminal Offending in Offspring: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:1015. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1728.

MONTELEONE AM. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A paradigm for an emotional post-traumatic stress model of eating disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*.

2021 Oct;51:84-86. doi: 10.1016/j.euroneuro.2021.05.009. Epub 2021 May 25. PMID: 34098516; PMCID: PMC8482526.

MOUROUVAYE M, BOTTEMANNE H, BONNY G, FOURCADE L, ANGOULVANT F, COHEN JF, ET AL. Association between suicide behaviours in children and adolescents and the COVID-19 lockdown in Paris, France: a retrospective observational study. *Arch Dis Child*. 2021;106:918–9. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320628>.

NEWTON, A.S.; ALI, S.; JOHNSON, D.W.; HAINES, C.; ROSYCHUK, R.J.; KEASCHUK, R.A. Who Comes Back? Characteristics and Predictors of Return to Emergency Department Services for Pediatric Mental Health Care. *Acad. Emerg. Med.* 2010, 17, 177–185.

NIVARD MG, LUBKE GH, DOLAN CV, ET AL. (2017) Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing disorders between childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 29(3):919–928

O'REILLY, M., SVIRYDZENKA, N., ADAMS, S. ET AL. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 647–662 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>

PANDA PK, GUPTA J, CHOWDHURY SR, KUMAR R, MEENA AK, MADAAN P, SHARAWAT IK, GULATI S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021;29;67(1):fmaa122. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>.

PANE HT, WHITE RS, NADORFF MR, GRILLS-TAQUECHEL A, STANLEY MA. Multisystemic therapy for child non-externalizing psychological and health problems: a preliminary review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013 Mar;16(1):81-99. doi: 10.1007/s10567-012-0127-6. PMID: 23385370; PMCID: PMC3800084.

PAPANDREOU C, ARIJA V, ARETOULI E, TSILIDIS KK, BULLÓ M. Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the COVID-19 outbreak: Cross-sectional analysis of two different confinement strategies. *Eur Eat Disord Rev*. 2020 Nov;28(6):836-846. doi: 10.1002/erv.2772. Epub 2020 Aug 4. PMID: 32754986; PMCID: PMC7436917.

PATEL V., SAXENA S., LUND C., THORNICROFT G., BAINGANA F., BOLTON P., CHISHOLM D., COLLINS P.Y., COOPER J.L., EATON J., ET AL. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392:1553–1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

PATTERSON, G. R., AND CAPALDI, D. M. (1990). A mediational model for boys' depressed mood. In Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, K. H., Nuechterlein, K. H., and Weintraub, S. (eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. Plenum Press, New York, pp. 341–351.

PERSI J., SISSON M. Children in Foster Care: Before, during, and after Psychiatric Hospitalization. *Child Welf*. 2008;87:79–99.

PESCOSOLIDO B.A., BOYER C.A. The Context and Dynamic Social Processes Underlying Mental Health Treatment: Classic and Contemporary Approaches to Understanding Individuals' Responses to illness in Light of the Affordable Care Act. In: Scheid T.L., Wright E.R., editors. *A Handbook for the Study of Mental Health Social Contexts, Theories, and Systems*. 3rd ed. Cambridge University Press; Cambridge, UK: 2017. pp. 409–430

PESCOSOLIDO B.A., OLAFSDOTTIR S. Beyond dichotomies: Confronting the complexity of how and why individuals come or do not come to mental health care. *World Psychiatry*. 2013;12:269. doi: 10.1002/wps.20072

PHILLIPOU A, MEYER D, NEILL E, ET AL. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Int J Eat Disord*. 2020;53(7):115865. <https://doi.org/10.1002/eat.23317>.

PHILLIPS M.S., STEELES MITH D.L., CAMPO J.V., PRADHAN T., FONTANELLA C.A. Factors Associated With Multiple Psychiatric Readmissions for Youth with Mood Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2020;59:619–631. doi:10.1016/j.jaac.2019.05.024

PHILLIPS MR. Is distress a symptom of mental disorders, a marker of impairment, both or neither? *World Psychiatry*. 2009 Jun;8(2):91-2. PMID: 19516930; PMCID: PMC2691169.

PHONGSAVAN P, CHEY T, BAUMAN A, BROOKS R, SILOVE D. Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Soc Sci Med*. 2006 Nov;63(10):2546-61. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.021. Epub 2006 Aug 17. PMID: 16914244.

PIETERSE D., TEMMINGH H., VOGEL W. Factors Associated with Readmission in South African Adolescents Discharged from Two Inpatient Psychosocial Rehabilitation Units. *J. Child Adolesc. Ment. Health*. 2016;28:199–212. doi: 10.2989/17280583.2016.1259165

PIRKIS, J. E.; BURGESS, P. M.; KIRK P. K.; DODSON, S.; COOMBS, T.J. & WILLIAMSON M. K. (2005). A review of the psychometric properties of the Health of the

Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health Qual Life Outcomes* Nov 28;3:76
doi: 10.1186/1477-7525-3-76

PITTSBARGER, Z.E.; MANNIX, R. Trends in pediatric visits to the emergency department for psychiatric illnesses. *Acad. Emerg. Med.* 2014, 21, 25–30.

PLEMMONS G, HALL M, DOUPNIK S, ET AL. Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008–2015. *Pediatrics*. 2018;141(6): e20172426. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2426>.

PLEXOUSAKIS SS, KOURKOUTAS E, GIOVAZOLIAS T, CHATIRA K, NIKOLOPOULOS D. School bullying and post-traumatic stress disorder symptoms: the role of parental bonding. *Front Public Health*. 2019;7:75. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00075>.

PONTILLO, M.; MENGHINI, D.; AVERNA, R.; LABONIA, M.; LAZZARO, G.; TATA, M.C.; VICARI, S. Psychiatric Hospitalization for Psychopathological Disorders and Self-Injurious Behaviors in Italian Children and Adolescents during COVID-19. *Children* 2023, 10, 1846. <https://doi.org/10.3390/children10121846>

PRINSTEIN M.J., NOCK M.K., SIMON V., AIKINS J.W., CHEAH C.S.L., SPIRITO A. Longitudinal Trajectories and Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts Following Inpatient Hospitalization. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008;76:92–103. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.92.

PUHL RM, HIMMELSTEIN MS, PEARL RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol.* 2020 Feb-Mar;75(2):274-289. doi: 10.1037/amp0000538. PMID: 32053000.

RADEZ J., REARDON T., CRESWELL C., LAWRENCE P.J., EVDOKA-BURTON G., WAITE P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2020;30:183–211. doi: 10.1007/s00787-019-01469-4.

RAFFAGNATO A, ANGELICO C, VALENTINI P, MISCIOSCIA M, GATTA M. Using the Body When There Are No Words for Feelings: Alexithymia and Somatization in Self-Harming Adolescents. *Front Psychiatry;* 11:262
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00262>

REHM, L. P., AND CARTER, A. S. (1990). Cognitive components of depression. In Lewis, M., and Miller, S. M. (eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. Plenum Press, New York, pp. 341–351.

REITZLE, M., AND SILBEREISEN, R. K. (1991). Some risk variables of adolescents' self-derogation in Berlin and Warsaw. *ISSBD Meetings*, Minneapolis.

RENOUF, A. G., AND HARTER, S. (1990). Low self-worth and anger as components of the depressive experience in young adolescents. *Dev. Psychopathol.* 2: 293–310.

REUPERT, A.; MAYBERY, D.; KOWALENKO, N. Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *Med. J. Aust.* 2013, 199, 7–9.

RICHARDSON S, HIRSCH JS, NARASIMHAN M, CRAWFORD JM, MCGINN T, DAVIDSON KW; THE NORTHWELL COVID-19 RESEARCH CONSORTIUM; BARNABY DP, BECKER LB, CHELICO JD, COHEN SL, COOKINGHAM J, RIDOUT KK, ALAVI M, RIDOUT SJ, ET AL. Emergency Department Encounters Among Youth With Suicidal Thoughts or Behaviors During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(12):1319–28 <http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2021.2457>.

RICKWOOD D., DEANE F., WILSON C.J., CIARROCHI J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Aust. E-J. Adv. Ment. Health*. 2005;4:218–251. doi: 10.5172/jamh.4.3.218.

RIDNER, S.H. 2004. "Psychological distress: concept analysis." *Journal of Advanced Nursing* no. 45:536-545.

RODGERS RF, LOMBARDO C, CEROLINI S, ET AL. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int J Eat Disord*. 2020;53(7):1166–70. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>.

ROMANSKY J.B., LYONS J.S., LEHNER R.K., WEST C.M. Factors Related to Psychiatric Hospital Readmission among Children and Adolescents in State Custody. *Psychiatr. Serv*. 2003;54:356–362. doi: 10.1176/appi.ps.54.3.356

ROSENBERG, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton University Press, Princeton.

ROSENBERG, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books, New York.

ROSSI M, STERPA C, OTTOLINI A. Conseguenze del bullismo sulla vittima. Quaderni Italiani di Psichiatria. 2009;28(3):117-23. <https://doi.org/10.1016/j.quip.2009.04.003>.

RUOCCO, G.; GIACOMINI, D.; ROMANO, G.; BALLARDINI, D.; COTUGNO, A.; Dalla Ragione, L. Interventi Per L'accoglienza, Il Triage, La Valutazione Ed Il Trattamento Del Paziente Con Disturbi Della Nutrizione E Dell'alimentazione: Raccomandazioni in Pronto Soccorso Per Un Codice Lilla; Ministero della Salute: Roma, Italy, 2018.

S. LORILLARD, A. VEILLARD, R. BARBE, Le dispositif de soins pour jeunes suicidaires et suicidants à Genève, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 63, Issue 7, 2015, Pages 468-472, ISSN 0222-9617, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.07.002>.

S.EVELYN STEWART, IAN G MANION, SIMON DAVIDSON, Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature, Journal of Adolescent Health, Volume 30, Issue 5, 2002, Pages 312-325, ISSN 1054-139X, [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00321-4](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00321-4).

SALLIS H, SZEKELY E, NEUMANN A, ET AL. (2019) General psychopathology, internalising and externalising in children and functional outcomes in late adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 60(11):1183–1190

SARAH P. KENNEDY, LARRY J. BARAFF, ROBERT L. SUDDATH, JOAN R. ASARNOW, Emergency department management of suicidal adolescents, Annals of Emergency Medicine, Volume 43, Issue 4, 2004, Pages 452-460, ISSN 0196-0644, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2003.09.009>.

SCHAFFER M.M., SPIRITO A. Trajectories of Suicidal Ideation among Adolescents Following Psychiatric Hospitalization. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2018;46:355–363. doi: 10.1007/s10802-017-0293-6.

SCHLEGL S, MAIER J, MEULE A, VODERHOLZER U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2020 Nov;53(11):1791-1800. doi: 10.1002/eat.23374. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32841413; PMCID: PMC7461418.

SCHNEPPER R, REICHENBERGER J, BLECHERT J. Being My Own Companion in Times of Social Isolation - A 14-Day Mobile Self-Compassion Intervention Improves Stress Levels and Eating Behavior. *Front Psychol.* 2020 Oct 9;11:595806. doi: 10.3389/fpsyg.2020.595806. PMID: 33162922; PMCID: PMC7581850.

SCOTT W. HENGGELER, Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes, *Psychosocial Intervention*, Volume 21, Issue 2, 2012, Pages 181-193, ISSN 1132-0559, <https://doi.org/10.5093/in2012a12>.

SERAFINI G, AGUGLIA A, AMERIO A, et al. The Relationship Between Bullying Victimization and Perpetration and Non-suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2021. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01231-5>.

SHAH M, SACHDEVA M, JOHNSTON H. Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Res.* 2020;290: 113122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113122>.

SHARPE H, PATALAY P, FINK E, ET AL. (2016) Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. *European child & adolescent psychiatry* 25(6):659–667

SHEPPARD R., DEANE F.P., CIARROCHI J. Unmet need for professional mental health care among adolescents with high psychological distress. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2018;52:59–67. doi: 10.1177/0004867417707818.

SIDELI L, LO COCO G, BONFANTI RC, BORSARINI B, FORTUNATO L, SECHI C, MICALI N. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev.* 2021 Nov;29(6):826-841. doi: 10.1002/erv.2861. Epub 2021 Aug 30. PMID: 34460991; PMCID: PMC8652707.

SIMILÄ N., HAKKO H., RIIPINEN P., RIALA K. Gender Specific Characteristics of Revolving Door Adolescents in Acute Psychiatric Inpatient Care. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2018;49:225–233. doi: 10.1007/s10578-017-0744-x

SINGH S, ROY D, SINHA K, PARVEEN S, SHARMA G, JOSHI G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res.* 2020;293:113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>.

ŚNIADACH J, SZYMKOWIAK S, OSIP P, WASZKIEWICZ N. Increased Depression and Anxiety Disorders during the COVID-19 Pandemic in Children and Adolescents: A Literature Review. *Life (Basel).* 2021;5;11(11):1188. <https://doi.org/10.3390/life11111188>.

STANLEY J. HUEY, SCOTT W. HENGGELER, MELISA D. ROWLAND, COLLEEN A. HALLIDAY-BOYKINS, PHILLIPPE B. CUNNINGHAM, SUSAN G. PICKREL, JAMES EDWARDS, Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 43, Issue 2, 2004, Pages 183-190, ISSN 0890-8567, <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>.

STEIN DJ, SHOPTAW SJ, VIGO DV, LUND C, CUIJPERS P, BANTJES J, SARTORIUS N, MAJ M. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*. 2022 Oct;21(3):393-414. doi: 10.1002/wps.20998. PMID: 36073709; PMCID: PMC9453916.

STEINBERG, L., MOUNTS, N. S., LAMBORN, S. D., AND DJORNBUSCH, S. M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *J. Res. Adolesc.* 1: 19–36.

STEINHAUSEN, HC., METZKE, C.W. RISK, Compensatory, Vulnerability, and Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 30, 259–280 (2001). <https://doi.org/10.1023/A:1010471210790>

TANAKA T, OKAMOTO S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021;5(2):229–38. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>.

TANG A, CRAWFORD H, MORALES S, et al. (2020) Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later. *Proc Natl Acad Sci U S A* 117(18):9800–9807

TAYAMA J, NAKAYA N, HAMAGUCHI T, TOMIIE T, SHINOZAKI M, SAIGO T, SHIRABE S, FUKUDO S. Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome. *Biopsychosoc Med*. 2012 Oct 30;6(1):20. doi: 10.1186/1751-0759-6-20. PMID: 23110762; PMCID: PMC3523040.

TEKIN I, AYDIN S. School refusal and anxiety among children and adolescents: A systematic scoping review. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2022 Nov;2022(185-186):43-65. doi: 10.1002/cad.20484. Epub 2022 Sep 25. PMID: 36161758.

TERMORSHUIZEN JD, WATSON HJ, THORNTON LM, BORG S, FLATT RE, MACDERMOD CM, HARPER LE, VAN FURTH EF, PEAT CM, BULIK CM. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2020 Nov;53(11):1780-1790. doi: 10.1002/eat.23353. Epub 2020 Jul 28. PMID: 32720399.

TODISCO P, DONINI LM. Eating disorders and obesity (ED&O) in the COVID-19 storm. *Eat Weight Disord*. 2021 Apr;26(3):747-750. doi: 10.1007/s40519-020-00938-z. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32488728; PMCID: PMC7265870.

TONEZER, J.; MULLER, T.; ROCHA, G.P.; RECONDO, R.; NOGUEIRA, E.L.; SPANEMBERG, L. Clinical Profile and Sex Differences in Brazilian Children and

Adolescents Receiving Psychiatric Services in the Emergency Department. *Pediatric Emerg. Care* 2015.

TOSSONE K., JEFFERIS E., BHATTA M.P., BILGE-JOHNSON S., SEIFERT P. Risk Factors for Rehospitalization and Inpatient Care among Pediatric Psychiatric Intake Response Center Patients. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*. 2014;8:27. doi: 10.1186/1753-2000-8-27

TOUYZ, S., LACEY, H. & HAY, P. Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord* 8, 19 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>

TRASK E.V., FAWLEY-KING K., GARLAND A.F., AARONS G.A. Do Aftercare Mental Health Services Reduce Risk of Psychiatric Rehospitalization for Children? *Psychol. Serv.* 2016;13:127–132. doi: 10.1037/ser0000043.

ÜNVER H, RODOPMAN ARMAN A, ERDOĞDU AB, İLBASMIŞ Ç. COVID-19 pandemic-onset anorexia nervosa: Three adolescent cases. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Dec;74(12):663-664. doi: 10.1111/pcn.13160. Epub 2020 Oct 18. PMID: 33000521; PMCID: PMC7537180.

VAN ALPHEN N.R., STEWART J.G., ESPOSITO E.C., PRIDGEN B., GOLD J., AUERBACH R.P. Predictors of Rehospitalization for Depressed Adolescents Admitted to Acute Psychiatric Treatment. *J. Clin. Psychiatry*. 2017;78:592–598. doi: 10.4088/JCP.15m10326

VICTORINO C.C., GAUTHIER A.H. The Social Determinants of Child Health: Variations across Health Outcomes—A Population-Based Cross-Sectional Analysis. *BMC Pediatr.* 2009;9:53. doi: 10.1186/1471-2431-9-53.

VON WYL, A.; TOGGWEILER, S. & ZOLLINGER, R. (2017). HoNOSCA-D as a measure of the severity of diagnosed mental disorders in children and adolescents – Psychometric properties of the German translation. *Front Psychiatry* 8:186. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00186

WATSON, D. 2009. "Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model." *Annual Review of Clinical Psychology* no. 5:221-247.

WERBELOFF, N.; CHANG, C.K.; BROADBENT, M.; HAYES, J.F.; STEWART, R.; OSBORN, D.P.J. Admission to acute mental health services after contact with crisis resolution and home treatment teams: An investigation in two large mental health-care providers. *Lancet Psychiatry* 2017, 4, 49–56.

WHO, The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>

WILLE, N., BETTGE, S., RAVENS-SIEBERER, U. ET AL. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17 (Suppl 1), 133–147 (2008). <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

WILLIAMS, K.; LEVINE, A.M.; LEDGERWOOD, D.M.; AMIRSADRI, A.; LUNDAHL, L.H. Characteristics and Triage of Children Presenting in Mental Health Crisis to Emergency Departments at Detroit Regional Hospitals. *Pediatric Emerg. Care* 2017, 34, 317–321.

WOLFF J.C., DAVIS S., LIU R.T., CHA C.B., CHEEK S.M., NESTOR B.A., FRAZIER E.A.,

WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD BANK, ISBN: 978-92-4-156418-2

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Accessed 13 Jun 2021. Available at <https://www.who.int/publicaions/i/item/978924012455>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2001.

YEN S., WEINSTOCK L.M., ANDOVER M.S., SHEETS E.S., SELBY E.A., SPIRITO A. Prospective Predictors of Adolescent Suicidality: 6-Month Post-Hospitalization Follow-Up. *Psychol. Med.* 2013;43:983–993. doi: 10.1017/S0033291712001912.

ZANATO, S.; MISCIOSCIA, M.; TRAVERSO, A.; GATTO, M.; POLI, M.; RAFFAGNATO, A.; GATTA, M. A Retrospective Study on the Factors Associated with Long-Stay Hospitalization in a Child Neuropsychiatry Unit. *Healthcare* 2021, 9, 1241. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091241>

ZEILER M, WITTEK T, KAHLENBERG L, GRÖBNER EM, NITSCH M, WAGNER G, TRUTTMANN S, KRAUSS H, WALDHERR K, KARWAUTZ A. Impact of COVID-19 Confinement on Adolescent Patients with Anorexia Nervosa: A Qualitative Interview Study Involving Adolescents and Parents. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Apr 16;18(8):4251. doi: 10.3390/ijerph18084251. PMID: 33923791; PMCID: PMC8074137.

ZETTERQVIST M, JONSSON LS, LANDBERG Å, SVEDINC CG. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during COVID-19: A comparison of data from three different time points during 2011–2021. *Psychiatry Res.* 2021;305:114208. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>.

ZHOU, W.; OUYANG, F.; NERGUI, O.E.; BANGURA, J.B.; ACHEAMPONG, K.; MASSEY, I.Y.; XIAO, S. Child and Adolescent Mental Health Policy in Low- and Middle-Income Countries: Challenges and Lessons for Policy Development and Implementation. *Front. Psychiatry* 2020, 11, 150.

ZILLI, L.; TRAVERSO, A.; TOFFOLI, E.; MORAO, V.; BOLZONELLA, B.; SCARABEL, F.; BATTISTELLA, P.A.; ZANATO, S. La gestione dell'emergenza psichiatrica: Esperienza ospedaliera dell'unità di psichiatria infantile di Padova. *G. Di Neuropsichiatr. Dell'età Evol.* 2017, 37, 185–189

ZIMA BT, RODEAN J, HALL M, BARDACH NS, COKER TR, BERRY JG. Psychiatric Disorders and Trends in Resource Use in Pediatric Hospitals. *Pediatrics.* 2016 Nov;138(5):e20160909. doi: 10.1542/peds.2016-0909. PMID: 27940773; PMCID: PMC5079078.