La specificità dell'urgenza psichiatrica in età evolutiva - Aspetti clinici e organizzativi

Indice generale della rivista

Authors: **Maria Mucci***

Affiliations :

*Unità Operativa di Psichiatria e Psicofarmacologia dell'Età Evolutiva,

Fondazione IRCCS Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Viale del Tirreno 331/333 56018, Calambrone (Pisa)

Corresponding author : Maria Mucci, tel. 050886322, fax 050886290, maria.mucci@inpe.unipi.it

RIASSUNTO

Le urgenze psichiatriche in età evolutiva rappresentano un campo di studio sicuramente ancora poco esplorato seppure si rilevi un costante e progressivo aumento di ricorso ai DEU (Dipartimento Emergenza Urgenza) per consulti psichiatrici e ospedalizzazioni in tale fascia di età. La valutazione degli aspetti psicopatologici, in situazioni di urgenza in età evolutiva, differisce significativamente da quella degli adulti per la specificità della presentazione dei sintomi e per la grande importanza che assumono i fattori socio-ambientali. L'efficienza della risposta ai complessi bisogni di tali minori si articola nell'importante integrazione di aspetti clinici (formazione altamente specialistica) e organizzativi (percorsi di rete nei servizi a varia intensità di cura) sanitari e sociali. Si sottolinea l'importanza delle responsabilità e scelte per i clinici che operano in tale ambito: l'urgenza psichiatrica in età evolutiva rappresenta spesso il punto critico per l'efficienza stessa dell'intero sistema socio-sanitario nel territorio con ricadute determinanti in termini di salute e benessere dei minori e delle famiglie coinvolte e di risparmio di spesa.

ABSTRACT

Psychiatric emergencies in children and adolescents is an under-studied area of mental health services, although pediatric consults in emergency settings and hospitalization for psychiatric condition are increasing. Clinical assessment of children and adolescents admitted to Psychiatric Emergency Service is most different from adults: in acute phase peculiar feature may present in term of specific symptoms and socio-environmental implications. From a practical point of view, these patients are particularly challenging in terms of organization of the Emergency Units, including structure, staffing, medical and social service usage, etc. A better management of psychiatric emergencies of childhood and adolescence is crucial trhough a more precise definition and structured organization of specific and timely interventions and settings for patients and their families; a more adequate allocation of resources in health and social systems may consent an improvement of the prevention of acute worsening and an actual saving in the health spending.

Parole chiave : urgenza, emergenza, infanzia, adolescenza, ricovero

Key words: psychiatric emergency, childhood, adolescence,hospitalization

INTRODUZIONE

Negli ultimi 25 anni sia negli Stati Uniti che in Europa (Sill 2002; Thomas 2003) l'incidenza dei ricoveri di bambini ed adolescenti in dipartimenti di emergenza psichiatrica ha riportato un progressivo e costante aumento. Il ricorso ai DEU per consulti psichiatrici in età evolutiva incide sul totale delle consulenze dal 5% l'anno fino al 16% (Sullivan 2000). Scarse sono le conoscenze sulle caratteristiche sociodemografiche e cliniche di questi pazienti e la cultura dell'urgenza psichiatrica è poco condivisa: le problematiche di questa fascia di età, soprattutto in adolescenza, sono rapidamente cambiate (più frequente uso di sostanze, comportamenti dirompenti) e mancano riferimenti e modelli universalmente accettati di eccellenza nella gestione delle risposte organizzative (l'Accademia Americana di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ha pubblicato linee guida per la valutazione e l'intervento nelle condotte suicidarie e per la prevenzione e gestione delle condotte aggressive nelle istituzioni di cura, AACAP 2001 e 2002). Goldstein e Horwitz (2006) hanno effettuato una revisione della letteratura relativa alle urgenze psichiatriche specificatamente non suicidarie in età evolutiva nel tentativo di un primo sforzo nella definizione di tale eterogenea popolazione. La metanalisi della letteratura condotta dagli autori tramite i database di PsycINFO, MEDLINE e PubMed relativi agli anni 1990-2004, ha isolato da più di 600 referenze soltanto 12 studi che riportano campioni generali di minori con ricorso ai DEU (o a servizi specialistici per l'emergenza psichiatrica) per problematiche psichiatriche che esulavano dalla suicidalità. I lavori selezionati vengono criticati dagli autori per la carenza di dati clinici e la scarsa attendibilità e confrontabilità tra fonti diverse.

La valutazione degli aspetti psicopatologici, in situazioni di urgenza nei minori, differisce significativamente da quella degli adulti sia per la specificità della presentazione dei sintomi e sia per la grande importanza che assumono i fattori socio-ambientali. La richiesta di un intervento urgente in psichiatria non è infatti dettata dal solo quadro clinico ma da una serie di problemi connessi, soprattutto di carattere psicosociale; tante sono le variabili dipendenti dall'ambiente che possono determinare la richiesta di intervento urgente: 1) il cedimento dell'equilibrio psicologico dei familiari o la tolleranza di altri, 2) il deterioramento patologico dei rapporti tra i componenti della famiglia, 3) la particolare situazione di disagio del contesto ambientale (specie nei suoi aspetti culturali e socio economici). Sadka (1995) sottolinea che nella popolazione dell'età evolutiva le urgenze psichiatriche sono spesso definite da altri rispetto ai soggetti stessi e possono riflettere come gli adulti, nei vari sistemi sociali, abbiano esaurito la loro capacità di interagire con il minore e sostenerlo. Hillard(1994) condivide tali considerazioni: "un'emergenza psichiatrica è qualsiasi comportamento che non può essere risolto nei tempi rapidi che richiede l'ordinario sistema dei servizi di salute mentale, sociali o giudiziari di una comunità", una condizione clinica pertanto "acuta e

trasnosografica" che richiede impiego di competenze e risorse straordinarie.

L'identificazione di un'urgenza psichiatrica, soprattutto in età evolutiva è basata, quindi, non solo sulla osservazione di un comportamento in sé, ma anche sull'attenta valutazione delle risorse ed aspettative della famiglia e dei servizi umani disponibili nel luogo.

Anche in Italia negli ultimi anni il fenomeno della gestione dell'urgenza in età evolutiva ha assunto caratteristiche di crisi per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) come si evince dal significativo aumento a livello nazionale del numero di ricoveri per disturbi psichici di minori dal 1999 al 2003 (ISTAT, 2006) in situazione di grave carenza di strutture dedicate e conseguente assenza di risposte adeguate. Il ricovero ospedaliero, in particolare, rappresenta un problema di difficile gestione anche per la difficoltà di individuare con precisione gli ambiti di competenza clinico-gestionale: una struttura specializzata ed organizzata per la cura di questa fascia di età presenta liste d'attesa che rendono problematica una risposta immediata nei casi di emergenza o crisi.

Dal gennaio 2006 il Dipartimento Clinico di Neuroscienze dell'Età Evolutiva della Fondazione IRCCS Stella Maris di Calambrone (Pisa) per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è Centro di riferimento regionale per le urgenze psichiatriche in età evolutiva e dispone attualmente di 3 posti letto dedicati.

DEFINIZIONI

La definizione di urgenza in psichiatria non è agevole in quanto è inscindibilmente associata al concetto di crisie quindi connessa di per sé a variabili situazionali e temporali attraverso i quali si articolano di volta in volta gli aspetti più strettamente clinici e quelli extraclinici.

I termini *URGENZA* ed *EMERGENZA* si riferiscono a concetti che fuoriescono dall'ambito clinico, in quanto presuppongono un più diretto riferimento alla necessità di un intervento. Entrambe sono indicative di una situazione imprevista che richiede una risposta immediata dettata da necessità diagnostiche e terapeutiche tempestive ("urgenza") e da un dato situazionale imprevisto ed incontrollabile che oltrepassa le necessità diagnostiche specifiche ("emergenza"). Nell' *urgenza* (più fortemente connotata dalla valenza temporale di una richiesta clinica) l'intervento terapeutico dovrebbe essere tempestivo. Nell' *emergenza* (più fortemente connotata dalla valenza situazionale di problematiche sociali), l'intervento terapeutico potrebbe essere rinviabile.

All'atto pratico ciò che non è mai possibile rinviare è la decisione: la risposta assistenziale sarà valutata tra diverse opzioni, inclusa quella del ricovero ospedaliero che potrà rappresentere una risorsa appropriata solo se e quanto più sarà capace, in termini di accessibilità, professionalità altamente specialistica e qualità organizzativa, di soddisfare i complessi bisogni del minore in condizioni psicopatologiche urgenti.

In sintesi il concetto di "urgenza" in psichiatria, soprattutto dell'età evolutiva, si differenzia da quello medico per la compresenza di fattori di natura ambientale e sociale che solo impropriamente possiamo definire "extraclinici"; sono infatti aspetti saldamente legati ai sintomi che vanno attivamente considerati in quanto incidono sulla storia naturale dei disturbi, sui percorsi di cura e quindi sulla prognosi.

QUADRI CLINICI

Nell'approccio clinico alle urgenze psichiatriche in età evolutiva risulta molto utile la classificazione di Rosenn riportata in letteratura e successivamente riadattata da altri autori al fine di migliorare la qualità della valutazione e fornire interventi mirati (Rosenn, 1984; Edelsohn, 2006). Il merito di tale classificazione è quello di integrare un criterio clinico al dato situazionale di criticità determinante per la necessità di tempestivo intervento. Nella review gli autori suddividono i principali quadri clinici in base alle 4 classi di emergenza di seguito riportate:

Figura 1. Classificazione urgenze psichiatriche (Rosenn 1984, riadattamento a cura di Edelson et al, 2006).

In età evolutiva si è registrata negli ultimi anni un'elevata incidenza con un progressivo incremento del rischio suicidario. Negli Stati Uniti il suicidio rappresenta la terza causa di morte tra i 10-24 anni e le più recenti statistiche nazionali riportano un incremento annuale del 14% delle morti per suicidio dal 1979 (Asarnow et al. 2008). A tale proposito in letteratura le condotte di suicidalità vengono riportate come importanti fattori predittivi di ospedalizzazione e la necessità di ricovero aumenta ulteriormente se a queste si associano condotte eteroaggressive; anche l'abuso di sostanze nel minore o in un suo familiare costituisce un potente fattore predittivo di ospedalizzazione (Gutterman, 1993).

Il sempre più frequente utilizzo di sostanze e alcool in adolescenza ha comportato un rapido cambiamento delle problematiche psicopatologiche di tale fascia di età con maggiore espressione e incidenza di severe forme di disregolazione dell'umore (Masi et al, 2011), disturbi dirompenti del comportamento (Muratori, 2005), quadri psicotici slatentizzati (Verdoux et al. 2005; Shoval et al. 2006; Kester et al. 2006), più gravi e precoci disfunzionalità nei disturbi di personalità (instabilità affettiva, comportamentale e relazionale) esitanti in complessi quadri clinici comorbidi.

Adolescenti con gravi scompensi comportamentali associati ad aggressività rappresentano una delle più gravose richieste in termini di impiego di risorse cliniche altamente specialistiche e di altre agenzie sociali costituendo situazioni pericolose per l'incolumità di sé stessi e degli altri.

Una quota importante di adolescenti possono richiamare, inoltre, l'attenzione dei clinici e configurare un'emergenza a causa di condotte aggressive sia autodirette che eterodirette come espressione di disturbo dell'adattamento acuto, senza una precedente diagnosi psichiatrica (Copelan et al., 2006). Tale disturbo rappresenta una risposta maladattativa ad un evento psicosociale stressante: alcuni pazienti sperimentano severi sintomi ansiosi simili ad attacchi di panico, altri umore disforico e

agitazione motoria che acquistano maggiore importanza clinica per l'associazione con aggressività (Pelkomen et al. 2005).

Gli adolescenti possono anche presentare vari tipi di lamentele somatiche che generalmente non soddisfano i criteri per un disturbo somatoforme ma, tra questi, il più rappresentato presso i servizi di urgenza in acuto è il disturbo da conversione, una condizione clinica molto seria che richiede complessi trattamenti.

RETE DEI SERVIZI DI CURA E MANAGEMENT OSPEDALIERO

La risposta assistenziale ai bisogni dell'urgenza psichiatrica in età evolutiva

I bisogni e le caratteristiche dei pazienti che richiedono un intervento da parte dei servizi psichiatrici per l'urgenza variano nelle diverse fonti (Spurrell et al 2003); tali differenze hanno ampie implicazioni nel funzionamento dell'intero sistema dei servizi di cura psichiatrici e la percentuale riferita di "emergenze" è di per sé un indicatore del funzionamento dell'intero sistema assistenziale. Miglioramenti apportati al sistema dovrebbero comportare una migliore possibilità di accesso ai servizi di cura di una comunità ed una maggiore capacità della primaria gestione delle situazioni di "crisi".

I DEU giocano un ruolo critico nella valutazione e nel trattamento dei minori in condizioni di emergenza psicopatologica in quanto possono facilitare (od ostacolare) un appropriato percorso di cura attraverso una gestione attenta ed articolata di questa fascia di utenti.

I dati epidemiologici e di outcome di tali pazienti sono insufficienti ma c'è evidenza della insoddisfacente risposta assistenziale e della problematicità della gestione clinica (American Academy of Pediatrics et al. 2006; Popovic 2001; Olson et al 2002).

Soltanto una parte di questa popolazione risulta sconosciuta ai servizi di urgenza psichiatrica o ai servizi territoriali specialistici: questi ultimi vengono per la maggior parte bypassati con conseguente stress nel tempo del contatto ripetuto con i servizi psichiatrici di emergenza(Kristin, 2002).

Il ripetuto uso dei servizi di emergenza psichiatrica da parte dei bambini e adolescenti pone il problema dell'efficienza del sistema dei servizi di salute mentale per questa popolazione con ripetute richieste di consultazione in urgenza.

In uno studio su una popolazione pediatrica afferita ai servizi di emergenza per problematiche psichiatriche (Goldstein et al., 2007) sono stati analizzati i fattori associati al ritorno dei pazienti presso i servizi di emergenza per motivazioni psichiatriche entro un periodo di sei mesi. Gli autori hanno identificato nei pazienti "ripetuti" (19% in tale campione) alcuni fattori significativi. Comportamenti dirompenti o suicidari, coinvolgimento dei servizi sociali, coinvolgimento passato o presente di altri servizi per la salute mentale, una precedente ospedalizzazione risultarono tutti fattori associati all'uso ripetuto dei servizi di emergenza. I pazienti "ripetuti" potevano avere un grado di gravità maggiore di patologia (di cui potevano essere indicatori il coinvolgimento dei servizi sociali, una precedente ospedalizzazione e concomitanti o passati interventi terapeutici da parte di servizi territoriali psichiatrici); alternativamente il problema poteva essere la natura del disturbo sottostante. Gli autori notano inoltre che sebbene alcune consultazioni ripetute e ospedalizzazioni possano avere un'effettiva indicazione clinica ed essere appropriate, è anche possibile che tali patterns osservati riflettano deficienze nel sistema dei servizi esistente. Una possibile spiegazione è che i servizi territoriali alternativi non siano disponibili, accessibili o adeguati (in termini di carenza di interventi per crisi, trattamenti mobili, supporto familiare) o che l'ammissione ospedaliera sia una più facile disposizione per i servizi di urgenza (in tale studio l'ospedalizzazione evitava il ritorno in urgenza in tempi brevi anche se non poteva prevenirlo non essendo stato valutato nello studio il motivo del ricovero). Gli autori confermano come siano necessari ulteriori studi per definire meglio le interazioni negative tra problematiche cliniche (diagnosi, severità) ed extracliniche (insufficiente o inappropriata presa in carico da parte dei servizi del territorio; particolare difficoltà di accessibilità da parte di una sottopopolazione di minori in cui pesano maggiormente fattori sociali sfavorevoli) che finiscono per determinare un uso cronico dei DEU. Altri autori (Muroff 2008; Edelsohn et al 2003) a questo proposito sottolineano, in un contesto sociale ampiamente multiculturale e multirazziale come le differenze etniche possano rappresentare importanti variabili extracliniche, in quanto di per se stesse possono incidere sulla differenziazione di un percorso di cura di un minore con problematiche psicopatologiche; gli autori insistono sulla necessità di studi che approfondiscano le interrelazioni tra variabili cliniche ed extracliniche, estremamente importanti in tale fascia di popolazione, per il potenziale di pesante interferenza sulla precocità della diagnosi e delle indicazioni di interventi ma anche sulla accessibilità e fruibilità dei servizi di salute mentale da parte di sottogruppi con fattori sociali più sfavorevoli (parametro che in letteratura viene riportato con molta attenzione perché maggiormente connesso all'uso cronico o meno dei servizi di emergenza psichiatrica e alla prognosi).

Le emergenze psichiatriche infantili restano in parte misconosciute, spesso sottostimate e senza adeguate risposte assistenziali (Seidel JS et al. 1984; US Consumer Product Safety Commission 1997). Molto ancora in termini di programmazioni e piani sanitari deve essere fatto per garantire una approccio appropriato nelle infrastrutture e nei centri di "crisi" alle emergenze psichiatriche in età evolutiva: triage sensibile, valutazione diagnostica specialistica che indirizzi in tempi brevi verso una iniziale gestione per la stabilizzazione e il pronto riconoscimento della necessità di un eventuale ricovero ospedaliero, che organizzi procedure efficaci per l'attivazione di diversi percorsi di cura in ambito extraospedaliero e l'integrazione con altre agenzie del territorio (servizi sociali, forze dell'ordine, TM ecc).

L'emergenza psichiatrica nella rete dei servizi

Il modello italiano dei servizi per la salute mentale in età evolutiva prevede una rete organizzata per intensità di cure e articolata sulla multidisciplinarietà e sulla continuità.

Il problema di articolare gli interventi è cruciale in ambito psichiatrico e una "cultura di servizio condivisa" presuppone la presenza su un territorio di area vasta di un ventaglio di servizi; tale rete può meglio consentire la appropriatezza delle prestazioni e impedire il cronicizzarsi di interventi costosi e spesso inadatti per l'età evolutiva;

può infine fornire risorse per abbassare le età medie delle diagnosi e per attivare progetti preventivi.

Soprattutto in adolescenza questa affermazione è vera per l' ulteriore specifico bisogno di diversificati interventi (consultorio, psicoterapia, ricovero, centri diurni e residenze) .

Il polo ospedaliero è una delle articolazioni dei servizi e il ricovero, nelle gravi e rare condizioni che lo richiedono in psicopatologia dell'età evolutiva, deve configurarsi come possibile risorsa clinica nel continuum della presa in carico globale del minore e del suo percorso di vita che ha il fulcro nei Servizi Territoriali.

La specificità dell'età adolescenziale (11-18 anni), sia rispetto a quella infantile che a quella adulta, richiede pertanto servizi appositamente allestiti per questa età. L'adolescenza costituisce nell'ambito del ciclo vitale un importante processo di trasformazioni soggettive nonché intersoggettive (nelle relazioni familiari e sociali); vengono rimessi in discussione i significati precedenti e l' assetto emotivo si trova in uno stato di forte instabilità; due grandi assi emotivo-cognitivi diventano determinanti nelle loro dinamiche: il distacco dai genitori e l'avvicinamento ai coetanei attraverso il processo di separazione-individuazione e il raggiungimento di una identità adulta. In adolescenza la fragilità del mondo interno implica vari gradi di appoggio sulla realtà esterna e più il mondo interno è fragile più occorre lavorare sulla dipendenza dall'ambiente esterno. Ogni decisione terapeutica deve pertanto tenere conto della particolare articolazione tra realtà interna e realtà esterna tipica del processo adolescenziale e garantire la mediazione necessaria per la loro integrazione.

L'integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere, DEU e strutture di ricovero di terzo livello, rappresenta la precondizione fondamentale per una corretta gestione delle emergenze psichiatriche in età evolutiva. Il corretto funzionamento in rete dei servizi territoriali rappresenta il filtro di prevenzione della morbilità psichiatrica in grado di ridurre le situazioni di acuzie e il bisogno di ricovero ospedaliero.

IL RICOVERO OSPEDALIERO

Un numero relativamente piccolo di bambini e adolescenti può necessitare di una temporanea presa in carico ospedaliera per il subentrare di condizioni di acuzie e di emergenza non altrimenti gestibili.

In questi casi il ricovero ospedaliero rappresenta un fattore di cura e di protezione del minore rispetto ad un rischio attuale o evolutivo per la propria salute. Questi soggetti hanno necessità complesse che richiedono una accurata attenzione per garantire la minimizzazione dell'impatto della condizione patologica sul loro sviluppo.

L'inappropriatezza delle risposte e i gravi ritardi, che si verificano a volte in condizioni di urgenza psicopatologica in età evolutiva, possono determinre situazioni estremamente critiche e rischiose per il minore stesso oltre che contribuire ad un peggioramento della condizione in atto e della prognosi a medio e a lungo termine. E' inevitabile sottolineare il ruolo fondamentale che gioca in età evolutiva la possibilità di ricovero in un reparto specializzato e con personale formato.

Al bambino-adolescente ed alla su famiglia dovrebbe essere garantita la possibilità di un ricovero all'interno di un reparto sicuro e sorvegliato ma aperto, la partecipazione della famiglia stessa all'intervento (attraverso la permanenza di un genitore nel reparto) in modo da consentire la più rapida risoluzione della crisi e preparare il ritorno rapido nei luoghi abituali di vita. La presa in carico del minore e della sua famiglia da parte di un'equipe multidisciplinare appositamente formata potrà specificatamente offrire un "clima ambientale" tollerante e contenitivo al tempo stesso, premessa fondamentale e parte integrante dell'intervento terapeutico ospedaliero. La capacità di gestire parallelamente le emozioni e cognizioni nei genitori e nell'adolescente comporta, infatti, una risposta mirata alle richieste di entrambi limitando il rischio evolutivo e la cronicizzazione del disturbo.

I percorsi di cura devono pertanto essere il più possibile integrati per evitare il rischio di "medicalizzazione" della crisi sempre presente con ripetuto uso dei servizi psichiatrici urgenti (Kristin V. 2003).

CONCLUSIONI

Con questo lavoro vogliamo richiamare l'attenzione dei clinici su un problema sempre più attuale e di difficile gestione quale il progressivo aumento del ricorso ai DEU per consulti psichiatrici in età evolutiva. Questo fenomeno pone il clinico di fronte ad importanti difficoltà mancando riferimenti e modelli di eccellenza universalmente accettati nella gestione delle risposte organizzative e chiare linee guida per la pratica clinica. Il frequente "stress" dei DEU con richieste di ricovero urgente inappropriato risulta spesso una conseguenza della difficoltà di accesso o di una inadeguata risposta ai pazienti ed alle loro famiglie da parte della rete dei servizi territoriali che spesso viene bypassata. Indispensabile risulta quindi una adeguata integrazione della rete dei servizi; il ricorso al ricovero ospedaliero deve configurarsi come una possibile risorsa clinica nel continuum della presa in carico globale del minore che dovrebbe comunque avere il suo fulcro nei servizi territoriali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1) Sill MR, Bland SD. Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments, 1993-1999. Pediatrics, 2002; 110: 40.

2) Thomas LE. Trends and shifting ecologies, part I. Child Adolescent Psychiatr ClinN Am. 2003; 12:599-611.

3) Sullivan AM, Rivera J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. Psychiatric Q .2000;71:123-138.

4) American Academy of Child Child and Adolescent Psychiatry. Pratice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry . 2002; 41(suppl 2): 4S-25S.

5) American Academy of Child Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry . 2001; 40(suppl 7): 24S-51S.

6) Goldstein A.B., Horwitz S., Child and adolescent Psychiatric emergencies in non- suicide-specific sample, The state of the research Literature. Pediatric Emergency Care 2006;22: 379-384.

7) Sadka S (1995), Psychiatric emergencies in children and adolescent. New Directions for Mental Health Services 67: 65-74

8) Hillard JR. The past and future of psychiatric emergency services in the US.Hosp. Commun Psychiat 1994; 45:541-3. 9) ISTAT, Settore sanità e previdenza.L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici, Roma 2006.

10) Rosenn DW (1984), Psychiatric emergencies in children and adolescent. In Emergency Psychiatry: Concepts, Methods, and Pratices, Bassuk EL, Birk AW, eds. New York: Plenum, pp 303-349.

11) Edelsohn G.A., Braitman L., Rabinovich H., Sheves P. et al. Predictors of Urgency in a Pediatric Psychiatric Emergency Service. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry ,2003; 42: 1197-1202.

12) Asarnow J.R., Baraff L.J., Berk M., Grob C., Suddath R., Piacentini J., Tang L., Devich-Navarro M., J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry , 2003; 47:958-966.

13) Gutterman EM. Is diagnosis relevant in the hospitalization of potentially dangerous children and adolescent? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry . 1993; 32:114-122.

14) Masi G., Mucci M, Pias P., Muratori F. Managing Bipolar Youths in a Psichiatric Inpatient Emergengy Service. Child Psychiatry & Human Development, 2011; vol 42, n.1: 1-11.

15) Muratori F., Ragazzi violenti. Il Mulino, 2005

16) Verdoux H., Tournier M., Cougnard A., Impact of substance use on the onset and course of early psycosis. Schizophr Res . 2005; 79(1): 69-75.

17) Shoval G., Sever J., Sher L., Diller R., Apter A., Weizman A., Zalsman G. Substance use, suicidality, and adolescent-onset schizophrenia: an Israeli 10- years retrospective study. J Child Adolesc Psycopharmacol. 2006; 16(6):767-75.

18) Kester H.M., Sevy S., Yechiam E, Burdick KE, Cervellione KL, Kumra S. Decision-making impairments in adolescent with early-onset schizoprenia. Schizophr Res . 2006; 85: (1-3): 113-123.

19) Copelan R.I., Messer M.A., Ashley D.J. Adolescent violence screening in the ED America Journal of Emergency Medicine , 2006; 24: 582-594.

20) Pelkomen M., Martunen M., Henriksson M., Lonqvist J. Suicidality in adjustment disorder-clinical characteristics of adolescent outpatients. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005; 14 (3): 174-180.

21) Spurrell M., Hatfield B., Perry A. , Characteristics of Patients Presenting for Emergency Psychiatric Assessment at an English Hospital. Psychiatric Services 2003; 54: 240-245.

22) American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians and Pediatric Emergency Medicine Committee, Dolan MA, Mace SE. Pediatric mental Health emergencies in the emergency medical services system. Pediatrics 2006; 118(4):1764-7.

23) Popovic JR,1999 National Hospital Discharge Survey: annual summary with detailed diagnosis and procedure data. Vital Health Stat 13. 2001; 13(151):i-v, 1-206.

24) Olson L, Melese-d'Hospital I, Cook L, et al. Mental health problems of children presenting to emergency departments. Paper presented at: Thrid National Congress on Childhood Emergencies ; April 15-17, 2002; Dallas, TX.

25) Kristin V., Christodolu PhD, Richard Lichenstein, Mark D Weist, et al. Psychiatric emergencies in children Pediatric Emergency Care 2002; 18: 268-270.

26) Goldstein A.B., Frosh E., Davarya S., Leaf P. Factors associated with a six- month return to Emergencies Services among child and adolescent psychiatric patients. Psichiatric Services 2007; 10: 1489-1492.

27) Murroff J. Edelsohn G.A. et al. The role of race in diagnostic and disposition decision making in a pediatric psychiatric emergency service. General Hospital Psychiatry 2008; 30: 269-276.

28) Seidel JS, Hornbein M, Yoshiyama K, Kuznets D, Finklestein JZ, St Geme JW Jr. Emergency medical services and the pediatric patient: are the need being met? Pediatrics. 1984; 73: 769-772.

29) US Consumer Products Safety Commission, Division of Hazard and Injury Data Systems. Hospital-Based Pediatric Emergency Resource Survey. Bethesda, MD: US Consumer Products Safety Commission; 1997.