

La nascita dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale: dagli interventi riabilitativi e di inclusione sociale per l'handicap alla tutela della salute mentale in età evolutiva

*The birth of Child and Adolescent Neuropsychiatry:
from rehabilitation and social inclusion of the mentally
handicapped to the protection of mental health
during formative years*

F. NARDOCCI

Servizio di NPIA, Azienda USL Rimini, Presidente SINPIA

PAROLE CHIAVE. – Infanzia/adolescenza - Deistituzionalizzazione - Disabilità -
Sofferenza psichica - Salute mentale

KEY WORDS. – Childhood/adolescent - De-institutionalization - Disability -
Psychological suffering - Mental health

Summary

Child and adolescent neuropsychiatry services' development is described from early deinstitutionalization, through to rehabilitation, intervention and social inclusion of children with disability. The issues that have changed the services in order to meet the growing mental health problem, and the protection of mental well-being through developmental years, are then dealt with in detail. Finally we draw a picture of the organization of child and adolescent neuropsychiatry services in Italy and in the different regional contexts.

Corrispondenza: dott. Franco Nardocci, Servizio di NPIA, Ausl Rimini, via Coriano 38, 47900 Rimini
- Tel. +39 0541 707035 - Fax +39 0541 707022 - E-mail: franconardocci@libero.it

Questo articolo viene pubblicato per gentile concessione degli Annali dell'Istituto Superiore di Sanità.

Nella trattazione di questo tema mi soffermerò su quelli che ritengo essere gli snodi essenziali che hanno condotto i primi interventi di contrasto alla istituzionalizzazione e all'emarginazione della disabilità infantile degli anni '70 alla costruzione di quei Servizi che ora chiamiamo di Neuropsichiatria infantile e adolescenziale o di Salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza. Quei primi interventi hanno sviluppato nei vari territori una rete di servizi che, partendo dal tema della disabilità in infanzia, hanno progressivamente ampliato obiettivi e ambiti d'intervento e si sono configurati negli ultimi decenni in modo differenziato e frammentato, a causa delle disomogeneità, quando non della carenza di specifiche programmazioni sia nazionali che delle amministrazioni regionali

Questi snodi possono essere così individuati:

- i primi interventi per la deistituzionalizzazione infantile e di contrasto ai processi di emarginazione della scuola;
- le politiche di integrazione scolastica per i minori con disabilità; la legge 104 per l'integrazione degli alunni in situazione di handicap;
- lo sviluppo degli interventi di psicopatologia infantile e adolescenziale e la costruzione dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- le strategie di approccio alla tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza;
- lo stato dei servizi. Le differenti reti organizzative dei servizi e le loro configurazioni nei modelli regionali.

L'Italia "speciale" e dell'emarginazione infantile degli anni '60

L'istituzione manicomiale è stata al centro delle politiche per il radicale cambiamento nella cura della malattia mentale in Italia negli anni '70; la legge 180 del 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" ha introdotto una fondamentale trasformazione nelle visioni curative della malattia mentale con il radicale spostamento della centralità della presa in carico del paziente dall'istituzione manicomiale al contesto naturale di vita: il suo territorio, la sua famiglia, la sua rete di relazioni sociali e affettive. Coloro che come psichiatri o neuropsichiatri infantili hanno operato fin da quegli anni nell'area dell'età evolutiva, sanno bene le elaborazioni scientifiche e culturali basagliane, per quanto riguarda le politiche di psichiatria dell'infanzia, non ha coinvolto prioritariamente le istituzioni manicomiali ma si sono focalizzate su altri contenitori istituzionali che in quegli anni rappresentavano il punto più evidente dell'emarginazione e, purtroppo, della violenza sull'infanzia: gli istituti socio assistenziali per l'infanzia e successivamente le strutture speciali della scuola. Le separatezze nelle politiche psichiatriche, che nel nostro Paese hanno differenziato gli interventi per gli adulti da quelli per l'infanzia, si possono già intravedere negli anni in cui hanno cominciato ad affermarsi le politiche di rinnovamento degli interventi per la salute mentale; basti considerare, ad esempio, che nella legge 180 del '78 non

vi è alcun riferimento ai minori pur essendo stata la presenza dei bambini in manicomio fenomeno non del tutto trascurabile. Il rapporto tra infanzia e istituzione manicomiale non è stato molto approfondito, o evidenziato, nel corso di questi decenni: scarse le informazioni, rari i lavori di ricerca in merito. Sono rintracciabili solamente poche pubblicazioni che hanno affrontato questo altrettanto tragico aspetto della storia manicomiale italiana; sono lavori che cercano di ricostruire la presenza dei bambini in manicomio solitamente attraverso lo studio di alcune singole realtà manicomiali, come ad esempio quella dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma ¹. In realtà il percorso manicomiale nell'infanzia ha colpito in maniera ben più diffusa di quanto si possa ritenere. Bambini disabili, e non solo intellettivi, ma anche motori e sensoriali oltre ai bambini etichettati come disturbati nelle condotte, venivano avviati verso le istituzioni manicomiali; naturalmente erano i bambini delle classi sociali più povere quelli a maggiore rischio di istituzionalizzazione. Numerosi sono stati nei decenni scorsi gli Autori che hanno studiato la storia dei manicomi in Italia o l'evoluzione dell'assistenza psichiatrica; nella stragrande maggioranza dei loro lavori non si accenna nemmeno di sfuggita alla questione della presenza dei bambini in manicomio. "Il silenzio che li avvolge e più assordante delle loro urla. Vittime dell'istituzione e, raramente, di qualche vero carnefice, non sembrano esistere, spesso non vengono citati e risultano ancora più isolati dei "matti adulti. Sono i veri irrecuperabili, moriranno in manicomio entro pochi anni o diventeranno ospiti cronici passando ai padiglioni degli adulti, oppure verranno trasferiti presso altri manicomi o istituti" ¹: pag. 15.

A differenza che per la presenza dei bambini in manicomio, molto forte è stata invece l'attenzione sociale e la richiesta di mutamenti che è stata posta a livello nazionale per la deistituzionalizzazione dei bambini dagli Istituti per l'infanzia e successivamente per il contrasto alle politiche di emarginazione infantile che venivano condotte dall'organizzazione speciale della scuola, le classi e scuole speciali, le classi differenziali. Gli anni '60 sono stati caratterizzati infatti da una massiccia istituzionalizzazione infantile e dalla diffusione di classi speciali e differenziali, su tutto il territorio nazionale. Questi processi sono stati fondamentalmente gli assi della politica socio assistenziale del nostro Paese.

Dai dati dell'Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale, ISTAT ², al 31 dicembre 1960 i minori ricoverati risultavano:

- 112.956 negli orfanotrofi;
- 87.594 negli "istituti per soli minori poveri o abbandonati";
- 61.402 nelle colonie permanenti e cioè negli "istituti che accolgono per periodi piuttosto lunghi bambini linfatici, anemici, predisposti alla tubercolosi, ecc.". In realtà, quasi sempre i bambini erano ricoverati per motivi socio-economici;
- 18.464 negli istituti "per altre categorie di ricoverati";
- 10.081 negli istituti per "minorati psichici";
- 8.699 nei brefotrofi "in allevamento interno", di cui 3.768 non riconosciuti dai genitori;

- 7.624 negli “istituti per anormali sensoriali”;
- 3.506 in strutture per “minorati fisici”.

Dunque, alla data del 31 dicembre 1960 i minori ricoverati in istituti a carattere di internato risultavano essere 310.326 [6]. Sicuramente le principali cause di istituzionalizzazione erano la povertà e l’abbandono, ma da questi emerge anche un modello fortemente emarginante per la disabilità, sia sensoriale che intellettiva; di fatto l’istituzionalizzazione rappresentava il modello centrale per la riabilitazione e “ricupero” della disabilità.

Nemmeno del numero di istituti operanti si era sicuri se sempre secondo i dati Istat, al 31 dicembre 1968 ne venivano segnalati 3871 mentre l’Opera Nazionale Maternità Infanzia, l’ONMI, ne aveva censiti oltre 5000. Testimonianze di quel periodo sono ancora le numerose cronache giudiziarie e i relativi procedimenti³⁻⁵. Ma due tristi e drammatiche storie possono essere ricordate come emblematiche per quanto riguarda il livello di violenza che il sistema istituzionale aveva raggiunto in quegli anni; situazioni che allora ebbero grande impatto sull’opinione pubblica anche perché misero allo scoperto la diffusione di un sistema di intrecci clientelari, interessi economici e di connivenze all’interno delle stesse autorità istituzionali che di fatto avevano abbandonato ogni forma di controllo e vigilanza. In particolare poi per quanto avveniva soprattutto all’interno delle istituzioni in cui venivano “assistiti” bambini con disabilità, di cui finirono per essere due terribili espressioni:

- L’Istituto Maria Vergine Assunta in Cielo di Prato, noto come “Istituto dei Celestini”; alcuni dei suoi dirigenti ed “educatori” furono condannati dal Tribunale di Firenze il 3 dicembre 1968 per i gravissimi atti compiuti contro i bambini ricoverati. Dalle cronache processuali “S ... ha dieci anni, al tempo dei fatti solo sette. Deponendo davanti al magistrato aveva anche lui narrato soprusi e angherie di ... che lo aveva, diverse volte, picchiato e bastonato, gli aveva fatto un bagno freddo tenendogli la testa sott’acqua ed inoltre più volte gli aveva fatto leccare il sudiciume che era sul pavimento ed anche l’orina di altri ragazzi ...”.
- L’Istituto Santa Rita di Grottaferrata diretto da Maria Diletta Pagliuca, condannata dalla Corte di Assise di Roma il 21 dicembre 1971 anche per “maltrattamenti continuati e aggravati dall’essere derivate lesioni gravi a quattro minorenni a lei affidati e la morte ad altri tredici minorenni a lei affidati; con l’ulteriore aggravante di avere agito per motivi di lucro”.

Le violenze, i maltrattamenti fisici e psichici le condizioni di malnutrizione e di non rispetto delle elementari condizioni igieniche, portarono alla chiusura dei due istituti oltre che alla condanna, nemmeno poi così esemplare, di molti degli accusati. Ma il tempo richiesto al raggiungimento di queste condanne fu in realtà dilazionato, ritardato, condizionato da una complessa rete di interessi e connivenze. Questa rete fu definita “il pascolo d’oro dell’assistenza” per rimarcare come gli aspetti economici e clientelari dominassero e influenzassero la politica assistenziale di quel periodo. Vanno ricordati a questo proposito i tempi che furono

necessari per sospendere e far cessare quelle barbarie: dalle prime segnalazioni circa le gravi carenze educative e strutturali o le violenze compiute sui bambini ricoverati fino alla chiusura di quelli che furono definiti a buon titolo “lager”, trascorsero ben 32 anni per l’Istituto dei Celestini e 18 per l’Istituto Santa Rita di Grottaferrata. Altro dato significativo di quelle vicende era che nella maggioranza dei casi la segnalazione o la denuncia partivano da privati cittadini e non dalle Istituzioni Pubbliche, Private o Ecclesiastiche che avevano la diretta responsabilità del controllo o della gestione di quegli stessi istituti. La rete di connivenze andava ben oltre gli interessi economici; non si vuole approfondire in questa sede come la scienza ufficiale (medica psicologica o pedagogica), avesse fino a quegli anni garantito continui alibi di scientificità all’istituzionalizzazione, contrabbandando l’istituto come il contesto fondamentale per la cura e riabilitazione della disabilità o della malattia mentale in infanzia. Ma di questa connivenza si vuole dare solamente un esempio assai significativo: nonostante gli anni ormai passati si stenta ancora a credere come ad una sadica e violenta donna come la “dottoressa” Diletta Pagliuca potesse essere data una patente di “scientificità” invitandola a tenere una relazione al congresso di studi montessoriani del 1957⁶.

Accanto a questa realtà istituzionale si era poi progressivamente consolidata una politica scolastica di emarginazione e esclusione attraverso la diffusione delle classi differenziali, delle scuole e classi speciali. In queste classi e scuole fondamentalmente confluivano bambini in condizioni di deprivazione sociale e di deficit cognitivi o linguistici lievi o medio-lievi.

La realtà scolastica speciale in Italia

Anno scolastico 1966-67

Nell’anno scolastico 1966/67⁷ risultavano frequentare

- 40.573 alunni le classi differenziali;
- 60.490 le classi speciali.

Un totale di più di 100.000 bambini era quindi inserito nei percorsi speciali della scuola; ma se la consistenza del fenomeno della diffusione delle classi e scuole speciali e delle classi differenziali è ben evidenziata da questi numeri, va però anche sottolineato come la durezza delle politiche di selezione è altrettanto ben rappresentata dall’elevatissimo numero di ripetenti che sempre nell’anno scolastico 1966/67 risultavano essere più di 500.000. Questa realtà compare dallo studio delle fonti ufficiali, fondamentalmente gli Annuari Istat, ma attraverso queste fonti, anche per l’allora scarsa diffusione e frammentazione dei sistemi di rilevamento o per la non completezza delle situazioni studiate o dei dati raccolti, difficilmente si riesce a ricostruire la dimensione concreta che quei processi di emarginazione finivano per assumere nelle varie realtà territoriali. Una fotografia più precisa può emergere da studi condotti in contesti più ristretti, in territori delimitati in cui la spinta a documentare, comunque non certo prioritaria in quegli

Tab. I. La realtà speciale ed istituzionale in provincia di Modena anni 1970/1972.

	Anno 1972	Anno 1970
Minori con handicap in istituto	502	non rilevabile
Alunni in classi differenziali	173	640
Alunni in classi speciali	520	1037
Totale	1195	-
Alunni in classi differenziali e speciali sul totale dei frequentanti (1972)		4,1%

anni, può permettere ora di comprendere meglio le caratteristiche quantitative e qualitative con cui si era sviluppata l'emarginazione istituzionale nell'infanzia. Ne è esempio un rilevamento che si è potuto condurre studiando le istituzioni assistenziali e scolastiche della Provincia di Modena (Tab. I) ⁸.

Risulta assai significativo il dato della percentuale degli alunni in classi differenziali e speciali che raggiunge il 4,1% sul totale dei frequentanti, soprattutto se lo si rapporta alla percentuale attuale di alunni certificati in situazione di handicap, percentuale che è ormai stabilmente collocata attorno al 2% dell'intera popolazione scolastica. Non è poi di scarso significato ricordare come nel territorio della Provincia di Modena i minori disabili in istituti erano ancora più di 500 nel 1972.

Lo sviluppo dei servizi e l'evoluzione degli interventi

La realtà attuale dei Servizi, così come oggi sono conosciuti, rappresenta di fatto il consolidamento di una prima impostazione strategica degli interventi per l'handicap e la disabilità, ma è ormai anche l'espressione di quanto sotto forma di processi di rafforzamento, di trasformazioni organizzative e di sviluppo scientifico, è accaduto in questi decenni. Alcuni dati possono essere fortemente rappresentativi di questa evoluzione degli interventi che ha condotto al raggiungimento di quelli che ora si definiscono, se pure con accezioni diversificate, "Neuropsichiatria infantile e adolescenziale" o "Salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva".

I primi rilevamenti condotti in Regione Emilia Romagna sull'utenza dei servizi, prima per la riabilitazione delle condizioni di handicap e poi di neuropsichiatria infantile, permettono di non solo di ricomporre la situazione operativa dei primi anni '80 ma anche il raffronto di come la realtà degli interventi fosse rapidamente mutata nel corso di poco più di un decennio dall'inizio degli anni '80 (Tab. II) ⁹.

Da questi dati si ha l'immagine di una utenza dei servizi degli anni '70/'80, in cui erano fortemente rappresentate le patologie sensoriali, i deficit uditivi e visivi, nonché le patologie neuromotorie; questa utenza si colloca nelle fasce di età infantile e preadolescenziale: di fatto negli anni '70 i servizi si occupano quasi esclusivamente di bambini con disabilità al di sotto dei 14 anni.

Tab. II. Utenza della NPI: distribuzione per patologia confronto anni 1980-1994 - Regione Emilia Romagna.

Patologia	Censimento anno 1980	Anagrafe regionale anno 1994
Patologie neuromotorie	38,2%	11,4%
Patologie cognitive	26,4%	30,6%
Patologie sensoriali	16,6%	2,9%
Totale	81,2%	44,9%
Disturbi relazionali e affettivi	-	39,1%

Nel volgere di due decenni l'utenza dei servizi subisce una sostanziale modificazione: l'incidenza delle patologie neuromotorie e sensoriali diminuisce in maniera molto significativa; questa diminuzione è legata a numerosi fattori che in questo contesto pare opportuno accennare solo sinteticamente: i profondi mutamenti socio-ambientali e demografici, la diffusione di alcune campagne di prevenzione di massa come quelle per la tutela della maternità o contro la rosolia, il sostanziale miglioramento della rete, sanitaria e sociale, per l'assistenza alla gravidanza e alla nascita. Questa diminuzione di ordine quantitativo delle disabilità neuromotorie e sensoriali accompagna nel tempo a un processo di sempre maggiore complessità della loro valutazione diagnostica e soprattutto per la conseguente definizione dei piani di trattamento: i servizi infatti si sono trovati progressivamente di fronte, anche per queste aree operative, all'esigenza di acquisire non solo competenze sempre più sofisticate ma anche modelli di intervento in rete progressivamente più complessi e interdipendenti. Dalla valutazione dei dati riportati si evidenzia poi che nel contesto degli interventi per la disabilità si è avuta una forte stabilizzazione e incidenza delle attività relative oltre ai disturbi del linguaggio e degli apprendimenti, al ritardo mentale e ai gravi deficit della comunicazione e dell'interazione sociale, a quell'area cioè che si è teso definire "handicap mentale" e che ora fa più correttamente riferimento, dal punto di vista scientifico, ai disturbi dello spettro autistico.

Ma altro importante fenomeno che caratterizza gli anni '80, e che tende a consolidarsi negli anni '90, è il coinvolgimento dei Servizi sui temi della psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza; ciò si traduce da una parte nella maggiore frequenza degli interventi per le espressioni del disagio psichico e delle patologie psichiatriche e dall'altro nel numero sempre più consistente di adolescenti nell'utenza dei Servizi.

In estrema sintesi, dai dati dell'Anagrafe degli Utenti dei servizi di NPI della Regione Emilia Romagna risulta che già nel 1998 quasi un utente su due manifesta un quadro di sofferenza psichica e, per quanto riguarda le fasce di età, un utente su quattro risulta in età adolescenziale.

L'evoluzione delle strategie operative nel consolidamento dei servizi

I dati regionali piemontesi ed emiliano-romagnoli

Ulteriori elementi di valutazione sullo sviluppo dei Servizi e sul consolidamento delle loro attività possono essere tratti dal confronto dei dati che due sistemi informativi ormai da anni ben strutturati come quelli della Regione Emilia Romagna e della Regione Piemonte, mettono a disposizione ¹⁰. Questi due sistemi informativi permettono di considerare che gli utenti dei servizi di queste due regioni rappresentano un campione assolutamente ben confrontabile. La forte sovrapposibilità della percentuale di pazienti in carico rispetto alla popolazione 0/17 target (il 5,2% per il Piemonte e il 5,9% per l'Emilia) danno il senso del radicamento dei servizi nei due territori oltre all'alta incidenza della popolazione infantile e adolescenziale che li utilizza. Questo dato si mantiene costante in tutti quei territori in cui i servizi di NPIA sono una realtà strutturata e consolidata. La consistenza dell'utenza in condizioni di disabilità può essere indicata con buona approssimazione dal numero di bambini in carico ai due servizi che risultano essere certificati in condizioni di handicap secondo i dettami della legge 104. Questa percentuale si attesta attorno al 2% della popolazione scolastica (il 2,1% in Piemonte e il 2,3% in Emilia) del tutto sovrapposibile ai dati nazionali. Ma la percentuale di bambini con certificazione legge 104 rappresenta ormai solamente circa il 30% dell'utenza che fa riferimento ai due servizi di NPIA regionali confermando la tendenza già segnalata che pur essendo la percentuale di minori con handicap sempre rilevante nelle utenze dei servizi di NPI questa risulta ormai minoritaria rispetto all'utenza che affrisce ai servizi per situazioni che vedono la motivazione centrale per la presa in carico in problematiche di tipo psicologico e psicopatologico. La stessa distribuzione per fasce di età segnala che ormai in entrambi i servizi i preadolescenti e gli adolescenti rappresentano il 40% dell'utenza totale.

Le strategie per la tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza

La salute intesa non solo come mancanza di malattia ma come benessere, e la sua tutela, non è un obiettivo esclusivo dei servizi sanitari né la salute mentale può essere intesa come competenza esclusiva degli specialisti delle malattie mentali. L'obiettivo della salute mentale è quindi obiettivo di politiche generali, e non solo di sanità pubblica, e di uno sforzo collettivo di una rete complessa di interventi; le azioni da considerare richiedono strategie integrate per la promozione della salute mentale nel settore della salute mentale, della sanità pubblica, e delle altre politiche pubbliche che si occupano della promozione della salute mentale in tutte le fasi della vita degli individui ^{11 12}.

La salute mentale in infanzia e adolescenza non può prescindere dal contesto complessivo di vita del bambino (la famiglia, la scuola, la realtà sociale circostante) e quindi dall'interagire di famiglie, rete sanitaria specialistica, servizi scolastici e educativi, servizi sociali, il privato sociale.

Se quindi il contrasto delle disuguaglianze, l'integrazione tra sanitario sociale e educativo, gli interventi di prevenzione, divengono gli assi centrali della programmazione e delle attività per la salute nel suo complesso, la salute mentale e la "cultura dell'infanzia" indirizza verso le azioni di contrasto alla povertà e alle condizioni di deprivazione psicoaffettiva, e ad affrontare condizioni socio-famigliari di "rischio" come la dispersione scolastica, il lavoro minorile, l'immigrazione. Una politica per la salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza pone quindi l'esigenza anche di una prospettiva di prevenzione e di presa in carico precoce del disturbo psicologico in infanzia. Questo obiettivo è da tempo indicato dalle varie Agenzie nazionali e internazionali di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza ma le strategie operative per raggiungere questo obiettivo richiedono una faticosa e complessa azione di integrazione a rete del complesso dei servizi per l'infanzia e delle istituzioni preposte ai vari livelli di intervento. Alcuni dati sono già a nostra disposizione per dare la dimensione e la composizione dei bisogni; ad esempio può risultare utile risultare l'osservatorio attivato dall'Azienda USL di Rimini per monitorare la funzionalità e le attività dei servizi sanitari di NPI in collegamento con quelle del servizio sociale di tutela minori ¹⁰.

Su una popolazione totale nelle fasce 0-17 anni di circa 48.500 minori residenti nel territorio provinciale di Rimini per l'anno 2005, al servizio di NPI dell'Azienda USL di Rimini è giunto il 5,4% della popolazione minorile. Sempre nello stesso 2005 il servizio tutela minori, sempre dell'Azienda USL che gestisce l'intervento sociale su delega delle Amministrazioni comunali, segnalava un'utenza del 6,7% della popolazione 0-17 anni. I sistemi di rilevazione e di anagrafe utenti di questi due servizi sono strutturati in modo che un utente non può essere inserito in entrambi i data base; non vi sono perciò rischi di doppi conteggi degli utenti. di questi due servizi.

Se quindi si sommano i dati sugli utenti che afferiscono ai due servizi si raggiunge una percentuale (il 12,1% della popolazione minore residente) di pazienti in età evolutiva che si avvicina molto alle percentuali molto alte di diffusione del disagio infantile e adolescenziale che le ricerche internazionali e nazionali segnalano ormai da molti anni.

I dati delle diagnosi degli utenti dei servizi sociali di tutela minori riconducono all'evidenza della diffusione e della distribuzione qualitativa dell sofferenza infantile e adolescenziale (le varie espressioni del disagio, le condizioni di deprivazione socio economiche, le situazioni di rischio evolutivo) ma segnalano anche un netto aumento del bisogno in questi ultimi anni.

I dati poi permettono di isolare alcuni aspetti del problema di particolare significatività, come ad esempio il netto aumento di bambini "piccoli" che vivono in situazione di deprivazione socio economico, condizione che è ormai da tempo segnalata come una delle condizioni "rischio" di maggiore incidenza negativa nello sviluppo infantile. Gli accessi di minori di 6 anni per difficoltà economiche sono infatti passati dagli anni 2001 al 2005 dal 22% al 40% dell'utenza complessiva.

Altro dato significativo pare essere anche il forte aumento di bambini migranti in carico ai servizi con l'estrema eterogeneità della rappresentazione dei paesi di origine, o l'aumento in valori assoluti dei minori inviati al Servizio tutela minori per provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. In questo contesto pare assai rilevante anche la percentuale di minori con provvedimento giudiziario sul totale della popolazione 0-17 target (Tab. III). Non vi sono ancora grandi opportunità di confronti e comparazione di questo dato; sembra però che l'1,2% di minori in carico per provvedimento dell'Autorità giudiziaria possa essere considerato rappresentativo di un fenomeno assai ampio se si pensa che la popolazione minorile certificata in condizioni di disabilità rappresenta il 2% della popolazione minorile.

È indubbio che un tale carico di sofferenza infantile e adolescenziale non può essere affrontato individualmente da un certo numero di professionisti o da alcuni servizi specialistici ma richiede un intervento complessivo di tipo politico generale in cui istituzioni politiche, famiglie, rete complessiva dei servizi sanitari sociali e educativi concorrono nell'individuazione di obiettivi, strategie operative, verifiche dei risultati e di un razionale utilizzo di risorse adeguate. L'ambito degli interventi è estremamente vasto e quindi va operata una scelta di interventi prioritari che si indirizzino sia verso la prevenzione, che verso la diagnosi precoce, la cura e presa in carico, con una particolare attenzione anche alla specificità delle diverse fasce di età. Sembra quindi opportuno il richiamo a obiettivi ormai condiviso da importanti agenzie internazionali¹³. Questa *National Agenda for Children's Mental Health* persegue obiettivi individuati negli Stati Uniti dalla conferenza unificata tra Department of Health and Human Services, il Department of Education e il Department justice; queste istituzioni rimarcano infatti come un sempre numero di bambini soffra inutilmente perché i loro bisogni emozionali, comportamentali e di sviluppo non sono affrontati in modo coordinato e integrato dalle molte istituzioni e reti operative create per prendersi cura di loro. Queste considerazioni portano ad individuare alcuni impegni prioritari:

- promuovere il riconoscimento della salute mentale come una parte essenziale della salute infantile;
- integrare i servizi mentali per la famiglia, l'infanzia e gli adolescenti nel sistema messo a disposizione dei bambini e degli adolescenti;

Tab. III. Utenti tutela minori - Azienda USL Rimini - anni 2001-2005.

	2001	2005
Minori immigrati in carico	23,4%	35,8%
Nazionalità presenti	40	47
Minori in carico su provvedimento dell'autorità giudiziaria	305	362
% sui minori in carico al servizio	18,3%	16,1%
% sulla popolazione minorile	1,1%	1,2%

- coinvolgere le famiglie e includere le loro prospettive su bambini e adolescenti nella programmazione di tutto il sistema di tutela della salute mentale;
- sviluppare e accrescere un sistema pubblico privato per sostenere questi sforzi il più estesamente possibile.

Lo stato dei servizi di NPIA

Da tempo sono segnalate in diverse realtà regionali carenze, incongruenze organizzative, forti limitazioni sul piano delle risorse finanziarie e di personale che colpiscono i servizi di NPIA. È stato quindi condotto nel corso del 2007 un rilevamento da parte della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza proprio per raggiungere la fotografia reale dell'esistenza e consistenza dei Servizi nel totale delle 20 Regioni italiane. Da questo rilevamento risulta che per quanto riguarda la realtà dei Servizi di NPI nelle Regioni:

- in 12 i servizi di NPIA sono istituiti formalmente;
- in 8 hanno una denominazione chiara e univoca;
- in 7 c'è un tavolo programmatico specifico per la NPIA in regione;
- solo in 3 vi è una organizzazione stabile in Unità Operative Complesse; in 9 non è prevista la discussione di un budget specifico.

Per quanto riguarda la collocazione dipartimentale, sempre su 20 regioni, i servizi di NPIA:

- in 4 hanno afferenza univoca al Dipartimento salute mentale;
- in 4 hanno afferenza univoca al Dipartimento materno infantile;
- nelle altre 12 hanno afferenza mista e eterogenea.

Per quanto riguarda le competenze specifiche sull'integrazione scolastica previste dalla legge 104

- in 15 regioni su 20 il supporto per l'integrazione scolastica viene effettuato dai Servizi NPIA, in via esclusiva o in parallelo ai servizi di riabilitazione accreditati;
- in ben 10 regioni su 20 non vi è ancora traccia dell'applicazione del DPCM del febbraio 2006;
- in altre 7 è stata direttamente appoggiata alla Commissione Invalidi.

Per quanto riguarda la multiprofessionalità nei servizi delle 20 Regioni:

- i NPI sono presenti in tutti i servizi;
- gli Psicologi hanno una presenza del tutto variabile;
- i Terapisti sono rappresentati nei modi più frammentati e differenziati (raramente tutti contemporaneamente presenti nello stesso servizio e in modo omogeneo in regione);
- gli Educatori Professionali non sono quasi mai presenti;
- gli Assistenti Sociali sono presenti moltissimo nelle Regioni del Sud o per nulla nelle Regioni del Nord.

Nelle 10 regioni in cui è possibile conoscere il numero di operatori complessivi si può avere da 1 operatore ogni 680 minori a 1 operatore ogni 10.000 minori.

Infine per quanto riguarda la riabilitazione, questa è esterna ai servizi:

- meno del 20% in 4 regioni su 20;
- per il 20-40% in 7 regioni su 20;
- per il 40-60% in 4 regioni su 20;
- per il 60-80% in 4 regioni su 20;
- più dell'80% in 1 regione su 20.

Questi dati, che confermano la notevole disomogeneità della rete dei servizi (sia che vengano definiti di NPIA o di Salute Mentale Infantile) che ormai da molto tempo viene segnalata. Sembra quindi che la disputa tra la scelta di collocare i servizi all'interno del Dipartimento salute mentale o del Dipartimento materno infantile sia allo stato della situazione poco produttiva. Ormai è ben chiaro come le competenze necessarie per qualificare e sostenere gli interventi di Neuropsichiatria in infanzia e adolescenza manifestano una assai specifica interdipendenza tra di loro e quindi richiedono di essere collocate in una dimensione organizzativa unitaria se pur in un contesto di stretto raccordo con le discipline sanitarie pediatriche da una parte e psichiatriche dall'altra, così come con la rete dei servizi sociali e delle strutture educative, scolastiche e per l'integrazione lavorativa. Andrebbe pertanto attivata una politica di raccordo tra gli Organi Istituzionali centrali e le Amministrazioni regionali affinché le carenze di programmazione specifiche, le frammentazioni delle competenze, o le vere e proprie assenze di interventi fossero progressivamente superate anche al fine di ridurre e eliminare le gravi disuguaglianze di accesso ai servizi che in vari territori le famiglie e i bambini sono costrette a subire.

Riassunto

Si trattano i temi dello sviluppo dei servizi di neuropsichiatria infantile e adolescenziale a partire dai primi processi per la deistituzionalizzazione infantile proseguiti poi attraverso gli interventi riabilitativi e di inclusione sociale per l'handicap. Si affrontano poi i temi che hanno portato all'evoluzione dei servizi per rispondere ai bisogni crescenti di salute psichica e poi di tutela del benessere mentale in età evolutiva. Viene infine fornito un quadro della situazione organizzativa dei servizi di neuropsichiatria infantile e adolescenziale a livello nazionale e delle diverse realtà regionali.

Bibliografia

¹ Sartori E. *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel XX secolo: il caso del S. Maria della Pietà di Roma*. Trento: Uni Service Editrice 2006.

- ² Istituto Centrale di Statistica. *Annuario statistico dell'assistenza e della previdenza sociale. Vol. X.* Roma: Istituto Centrale di Statistica 1963.
- ³ Cervi G. *Atti giudiziari.* Available from: www.aiutobambini.it.
- ⁴ AAVV. *Specchio nero. Dagli aguzzini di Prato (1963) alle torture di Laterza (1996) Responsabilità e proposte.* Prospettive Assistenziali 1996:115. Available from: www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/115/115_specchio_nero.htm.
- ⁵ Santanera F. *Cambiamenti più significativi del settore assistenziale dal 1960 al 1998.* Prospettive Assistenziali 199:28. Available from: www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/128/128_cambiamenti_piu_significativi.htm.
- ⁶ Pagliuca MD. *L'antropologia pedagogica nella Montessori e la soluzione chirodinamica del problema della concentrazione mentale del fanciullo.* Atti XI Congresso Internazionale Montessori, ottobre, 1957. In: Nardocci F, Stella G, Morini L, Ferraresi L, ed. *Il cerchio rotto: il bambino handicappato fuori dall'istituto, dentro la società: risultati di un impegno.* Firenze: Nuova Guaraldi 1980, p. 33.
- ⁷ Istituto Centrale di Statistica. *Annuario statistico dell'istruzione.* Roma: Istituto Centrale di Statistica 1968.
- ⁸ Nardocci F. *Il riordino delle funzioni di NPI. Documento programmatico.* Modena: Azienda USL Modena 1996.
- ⁹ Nardocci F. *La rete dei servizi di Neuropsichiatria infantile. I percorsi di crescita, la realtà attuale, le problematiche future.* In: Ministero della Salute. *Se si può si deve.* Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale. Roma: Ministero della Salute 2001.
- ¹⁰ Nardocci F. *La costruzione sociale dell'identità. Reti di cura e organizzazione dei servizi nelle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza.* Roma: Ministero della Salute 2007. Available from: www.psychiatryonline.it/ital/progettoobiettivo2008/nardocci.htm.
- ¹¹ World Health Organization. *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from WHO European Ministerial Conference.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2005.
- ¹² European Commission. *Green Paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union.* Brussels: European Commission 2005.
- ¹³ US Department of Health and Human Services. *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: A national action agenda.* Washington: US 2001.