



La Neuropsichiatria Infantile

Testo relativo dall'intervento della

Prof. F. Neri

*Medico neuropsichiatra infantile, Prof. Ordinario. di NPI Med 39 dell'Univ. di Milano Bicocca,
ex Direttore della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile ed ex Direttore della Clinica di NPI
A.O. San Gerardo di Monza.*

La neuropsichiatria infantile italiana nasce al termine della Seconda guerra mondiale, prevalentemente a Napoli, Roma e a Novara per opera di un gruppo di medici che cercano di affrontare i problemi relativi a bambini con problemi di apprendimento, handicap psicofisici (prevalentemente gravi problematiche comportamentali da privazione e abbandono).

Prima di allora bambini con gravi handicap venivano inseriti in strutture assistenziali per pazienti gravi o addirittura in manicomi (il pad bambini del manicomio di Como, il Corberi di Monbello....)

Nel primo dopoguerra l'ottica cambia e si cerca una strada per la cura, anche se ancora il primo scopo è assistere

I medici italiani che sono all'origine della nascita di una nuova disciplina non sono neuropsichiatri infantili, sono neurologi, pediatri, qualcuno, psichiatra o pedagogista.

I pedopsichiatri che cominciano in altri paesi europei ad occuparsi di bambini ed adolescenti con gravi malattie psichiatriche non si occupano di problemi di handicap organico. La tradizione italiana al contrario privilegia da subito una unità corpo-psiche o cervello-mente, fondando le possibilità di cura sulla potenzialità dello sviluppo. Significa considerare che, in una età in crescita, intervenire in tempi precoci su qualsiasi quadro clinico fa sì che gli spazi di sviluppo di un'area di funzionamento possono agevolare il funzionamento di aree colpite

Così, mentre nelle scuole di medicina si dividono le specialità di psichiatria e neurologia, in Italia la neuropsichiatria infantile nasce come specialità unitaria e a oggi lo è ancora; anche se il campo di lavoro è enorme, variando da quadri di lesioni cerebrali a disturbi psichici.

Negli anni, naturalmente, si sono create competenze differenti specialistiche, come i centri per l'epilessia o i disturbi di apprendimento o i disturbi comportamentali o l'anoressia mentale ecc., ma, in ogni caso, viene valutato lo sviluppo totale della persona. Dico in modo molto semplificato che uno dei pregi della neuropsichiatria infantile (NPI) italiana è proprio quello di chiedersi come far evolvere, secondo le sue possibilità reali, un bambino che abbia una parte del suo potenziale di sviluppo tenuto in scacco dalla patologia o da un disturbo non ancora conclamato. Le doppie diagnosi -già discusse in questo corso per la psichiatria- sono enormemente utili per quei pazienti che hanno sintomi o comportamenti diversi da quelli psichiatrici; mentre, per la neuropsichiatria infantile, non c'è questa necessità: ne deriva una modalità diagnostica più centrata sull'individuo e una modalità di cura maggiormente inclusiva per tutta l'età pediatrica (0-18 anni).



Proprio per il suo riunire per l'età pediatrica competenze diverse e ampiezza di quadri clinici, la NPI lavora in equipe e non, come altre discipline specialistiche coi soli medici e Infermieri, ma, all'interno della equipe di NPI, ci sono psicologi dell'età evolutiva, neuropsicomotricisti e logopedisti per la riabilitazione, educatori ed infermieri.

Questi lavorano insieme tra loro e col servizio sociale, con la scuola, col tribunale, quando serve, e soprattutto con la famiglia. Se è vero che un bambino che dipende dai genitori non può non risentire delle loro difficoltà, è anche vero che la malattia di un bambino incide sulla sua famiglia e non occuparsene vuole dire spesso sprecare possibilità di cura utile.

La NPI italiana è collocata accanto alla psichiatria per un lavoro sul territorio, ma la sanità lombarda dagli anni 80 ha fatto in modo che avesse una collocazione non solo ambulatoriale, ma anche di day hospital psichiatrico e di territorio. Il primario medico, responsabile dell'equipe, lavora in ospedale con letti di degenza o di day hospital, ma anche coordina le attività ambulatoriali del territorio.

È stato un modo per sottolineare l'importanza della cura e la potenzialità della prevenzione, della cura precoce e anche per sottolineare la necessità di un progetto terapeutico continuativo. Continuamente questo approccio viene messo in discussione, ma spostare i servizi di NPI accanto ai servizi sociali significa tornare a un concetto primario di assistenza che, per quanto importante, non può essere confuso con le necessità di cura.

Sul territorio rimangono equipe di NPI chiamate UONPIA (Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza), centri ambulatoriali di diagnosi e cura. Inoltre, sul territorio possono essere attivati centri diurni per trattamenti riabilitativi e pedagogici e comunità terapeutiche per adolescenti con gravi disturbi psicopatologici. In ospedale rimangono letti di ricovero per situazioni gravi e urgenti, in genere adolescenziali o posti di day hospital che dovrebbero funzionare come punto intermedio di cura per casi complessi

A Monza, come saprete, negli ultimi anni le questioni dei rapporti territori ospedali sono variati. Oggi per la seconda volta le popolazioni hanno cambiato il riferimento ospedaliero e abbiamo la più estesa ASST della Lombardia. Il territorio monzese legato all'ospedale San Gerardo consiste delle popolazioni di Monza, Brugherio e Villasanta. Gli altri comuni afferiscono all'ospedale di Vimercate, capofila di altri ospedali del territorio. Il servizio di ricovero per acuti è presso il San Gerardo con 8 letti e spesso le liste d'attesa per un ricovero sono più lunghe di quanto sarebbe necessario.

Il passaggio in cura alla psichiatria avviene a 18 anni secondo un protocollo che prevede un incontro tra le équipes e un progetto terapeutico illustrato e steso.

Discuteremo in dettaglio difficoltà e sostegni utili al passaggio.