

# La salute mentale nel bambino: integrazione di servizi e di saperi

Franco Nardocci

Presidente Società Italiana di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza "SINPIA"

U.O. di NPI – Azienda USL di Rimini

Milano 6 marzo 2009

La salute , come da definizione dello statuto OMS, è uno stato di completo benessere , fisico psichico e sociale, e non solamente l'assenza di disabilità o malattia

La salute mentale è una parte integrante della salute che permette alla persona di realizzare le proprie capacità, intellettive emotive e relazionali. In una prospettiva di vita equilibrata e positiva ogni persona è maggiormente capace di fronteggiare gli eventi negativi della vita , può lavorare produttivamente e vantaggiosamente, è maggiormente in grado di contribuire positivamente alla propria comunità. I disturbi mentali , colpendo la salute mentale, impediscono o diminuiscono la possibilità di raggiungere questi traguardi

La salute intesa non solo come mancanza di malattia ma come benessere, e sua tutela, non è quindi un obiettivo esclusivo dei servizi sanitari

La salute mentale non può essere intesa come competenza esclusiva degli specialisti della rete sanitaria per le malattie mentali (Piano d'Azione sulla Salute Mentale per l'Europa;OMS Helsinki 2005. Libro Verde della Commissione delle Comunità Europee 2005)

L'obiettivo della salute mentale è un obiettivo di politiche generali, e non solo di sanità pubblica, e di uno sforzo collettivo di una rete complessa di interventi.

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, pediatria, rete sanitaria specialistica, i servizi scolastici e educativi, i servizi sociali, il privato sociale.

Contrasto delle disuguaglianze, integrazione tra sanitario sociale e educativo, interventi di prevenzione, divengono gli assi centrali della programmazione e delle attività.

La salute mentale e la “cultura dell'infanzia” indirizza anche verso il contrasto alla povertà e le condizioni di deprivazione psicoaffettiva, e ad affrontare le condizioni familiari di “rischio”, la dispersione scolastica, il lavoro minorile, l'immigrazione.

# PREVALENZA IN % DEI DISTURBI PSICHIATRICI PER SESSO ED ETÀ

Età	N°	Dist. Condotta	Iperattività	Dist. Emozionale	Somatizzazione	+ di 1 disturbo
<b>MASCHI</b>						
4-11	721	6,5	10,1	10,1	-	19,5
12-16	608	10,4	7,3	4,9	4,5	18,8
14-16	1328	8,1	8,9	7,9	-	19,2
<b>FEMMINE</b>						
4-11	721	1,8	3,3	10,7	-	13,5
12-16	624	4,1	3,4	13,6	10,7	21,8
14-16	1345	2,7	3,3	11,9	-	16,9

*Fonte dei dati: Ontario Child Health Study – 1987*

## TASSO DI UTILIZZO DEI SERVIZI NEI BAMBINI CON DISTURBI PSICHIATRICI PER ETA' E SESSO

Età	N°	Servizio di salute mentale	Ambulatori di medicina generale e pediatrica
<b>MASCHI</b>			
4-11	368	19,2%	65,3%
12-16	341	16,2%	56,6%
14-16	709	18,1%	62,2%
<b>FEMMINE</b>			
4-11	368	18,2%	66,8%
12-16	360	9,4%	43,8%
14-16	728	13,5%	54,3%

*Fonte dei dati: Ontario Child Health Study – 1987*

# Alcune considerazioni dall'Ontario Child Health Study

- il carico di sofferenza determinato dai disturbi psichiatrici infantili è molto alto dell'intervento clinico individuale nel rapporto 1 a 1 non può intaccare e ridurre molto questo carico
- il nodo centrale della prevenzione e degli interventi precoci dovrebbe orientarsi a ridurre i fattori di rischio e a potenziare i fattori protettivi (Ruolo della resilience)
- la prevalenza dei disturbi psichiatrici, così come gli scarsi risultati scolastici e il disadattamento sociale, varia significativamente con il variare dei livelli di reddito
- il basso reddito influenza la morbilità psicosociale al di là del livello scolastico della madre e delle cattive relazioni familiari. I fattori economici (basso reddito) e i fattori non economici (basso livello scolastico della madre e cattive relazioni familiari hanno significativi ma indipendenti effetti sulla prevalenza della morbilità psicosociale).

# Progetto di Ricerca PrISMA ( Progetto Italiano Salute Mentale)

Prima ricerca italiana che ha indagato la prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i preadolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni. La ricerca è stata coordinata dall'IRCSS Eugenio Medea, La Nostra Famiglia, Bosisio Parini / (Lecco) e realizzata in sette città italiane. Lecco, Milano, Roma, Rimini, Pisa, Cagliari e Conegliano

- Non ci sono differenze significative tra maschi e femmine nei comportamenti “esternalizzati” (problemi della condotta, aggressività) mentre nei comportamenti “internalizzati” ( ansia depressione) prevale in maniera significativa il sesso femminile
- Non viene confermato la distinzione che vedeva i maschi più aggressivi e problematici sul piano delle condotte sociali (***campione di responders***)
- I problemi di coppia hanno ripercussioni importanti sull'assetto psicologico dei figli. Nessuna associazione è stata trovata nel caso di soggetti orfani di un genitore
- I livelli socio economici della famiglia influenzano significativamente i problemi dei ragazzi: bassi livelli socio-economici sono significativamente correlati ai maggiori rischi di ammalarsi

# La prevalenza dei disturbi psichici nel campione studiato

- Soggetti per cui sono stati soddisfatti i criteri per un disturbo psichico secondo il DSM IV 9,1%
- Disturbi d'ansia 7% ( 5 % disturbo ossessivo compulsivo, il 12% disturbo post traumatico da stress)
- Depressione meno dell'1%
- ADHD meno del 2%
- Disturbi della condotta 1%

# Le valutazioni sulla prevalenza dei disturbi psichici nel campione studiato

- Si conferma come il principale elemento rischio siano i fattori socio-economici: bassi livelli socio-economici sono significativamente correlati ai maggiori rischi di ammalarsi
- Correlazione dimensione genetica/fattori sociali
- Nei disturbi d'ansia: nella fobia sociale maggiore prevalenza nelle femmine, il dist. ossessivo-compulsivo è più diffuso nei maschi; alto valore del DPTS
- Depressione: valore molto inferiore a quelli della letteratura internazionale
- ADHD: valore molto inferiore a quelli della letteratura internazionale
- Disturbi della condotta: valore molto inferiore a quelli della letteratura internazionale senza differenze tra i sessi

L'Italia “speciale” e  
dell'emarginazione infantile  
degli anni '60

# LA REALTA' ISTITUZIONALE IN ITALIA

## ANNO 1966

	Una categoria di ricoverati	Più categorie	Altre Categorie
BREFOTROFI	7.345	-	
ORFANOTROFI	50.815	44.017	
POVERI O ABBANDONATI	16.727	68.970	
ANORMALI SENSORIALI	8.942	877	
MINORATI FISICI	2.457	1.041	
MINORATI PSICHICI	8.123	4.912	
<b>TOTALE</b>	94.409	119.817	12.417
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	226.643		

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

La politica antiistituzionale per l'infanzia non ha coinvolto prioritariamente le istituzioni manicomiali ma si è focalizzata 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:

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

**“Il silenzio che li avvolge è 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”.**

DALLA RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO AL  
“PROGETTO OBIETTIVO SALUTE MENTALE 1998-2000”

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI GIA' DEGENTI NEGLI EX O.P.  
(anno 1997)

SOGGETTI DIMESSI E INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI (INTERNE O ESTERNE ALL'EX OP)			
TOTALE 6.459 54,7%			
<b>PAZIENTI PSICHIATRICI</b>		<b>PAZIENTI NON PSICHIATRICI</b>	
3.085	47,8%	3.096	47,9%

DALLA RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO AL  
“PROGETTO OBIETTIVO SALUTE MENTALE  
1998-2000”

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI GIA' DEGENTI NEGLI EX O.P.  
(anno 1997)

PAZIENTI ANCORA IN ATTESA DEL SUPERAMENTO MANICOMIALE

TOTALE 4.769 40,4%

**PAZIENTI PSICHIATRICI**

**PAZIENTI NON  
PSICHIATRICI**

2.421

52,3%

2.214

47,7%

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 procedimenti. 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";

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 1957.

**Atti del l’XI Congresso Internazionale Montessori 26/10/1957**

**“Dottoressa Maria Diletta Pagliuca”, *L’antropologia pedagogica nella Montessori e la soluzione chirodinamica del problema della concentrazione mentale del fanciullo.***

LA REALTA' SCOLASTICA SPECIALE IN ITALIA  
ANNO SCOLASTICO 1966-67

	Anno 1966-67
ALUNNI IN CLASSI DIFFERENZIALI	40573
ALUNNI IN CLASSI SPECIALI	60490
TOTALE	101063

RIPETENTI	500761
-----------	--------

## LA REALTA' SPECIALE ED ISTITUZIONALE IN PROVINCIA DI MODENA

	Anno 1972	Anno 1970
MINORI CON HANDICAP IN ISTITUTO	502	-
ALUNNI IN CLASSI DIFFERENZIALI	173	640
ALUNNI IN CLASSI SPECIALI	520	1037
<b>TOTALE</b>	<b>1195</b>	-

ALUNNI IN CLASSI DIFFERENZIALI E SPECIALI SUL TOTALE DEI FREQUENTANTI (1972)	4,1%
---	------

La salute mentale degli  
adolescenti, la complessità dei  
bisogni,  
la rete dei servizi

# UTENTI NPI/TUTELA MINORI

Azienda USL di Rimini. Anno 2005

	NUMERO UTENTI	%	TOTALE popolazione 0 - 17
U.O. di NPI	2530	5,4%	48.256
TUTELA MINORI	3233	6,7%	
<b>TOTALE</b>	5763	12,1%	

*Fonte dei dati: Sistemi informativi NPI e Servizio Tutela Minori; AUSL Rimini*

# UTENTI TUTELA MINORI

Azienda USL - Distretto di Rimini. Anni 2001 - 2005

	2001	2005
UTENTI IN CARICO	1666	2239
% UTENTI SU POPOLAZIONE MINORILE	6,2%	7,2%
DISAGIO FAMILIARE	51,0%	38,0%
PER DIFFICOLTA' ECONOMICHE	26,0%	37,0%
DISAGIO FAMILIARE PSICHICO	-	3,0%
DISAGIO FAMILIARE DIPENDENZE PATOLOGICHE	-	1,0%

*Fonte dei dati: Sistema informativo Servizio Tutela Minori; AUSL Rimini*

# UTENTI TUTELA MINORI

Azienda USL - Distretto di Rimini. Anni 2001 - 2005

UTENTI IN CARICO	2001	2005
PER DIFFICOLTA' ECONOMICHE FASCIA DI ETA' 0-6 ANNI	21,9%	40,4%

*Fonte dei dati: Sistema informativo Servizio Tutela Minori; AUSL Rimini*

# UTENTI TUTELA MINORI

Azienda USL - Distretto di Rimini. Anni 2001 - 2005

UTENTI IN CARICO	2001	2005
MINORI IMMIGRATI	23,4%	35,8%
NAZIONALITA' PRESENTI	40	47

*Fonte dei dati: Sistema informativo Servizio Tutela Minori; AUSL Rimini*

# UTENTI TUTELA MINORI

Azienda USL - Distretto di Rimini. Anni 2001 - 2005

	2001	2005
MINORI IN CARICO SU PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA	305	362
% SUI MINORI IN CARICO AL SERVIZIO	18,3%	16,1%
% SULLA POPOLAZIONE MINORILE	1,1%	1,2%

*Fonte dei dati: Sistema informativo Servizio Tutela Minori; AUSL Rimini*

NPI – PIEMONTE  
UTENTI IN CARICO IN COLLABORAZIONE CON  
ALTRI SERVIZI (2005)

In collaborazione con i servizi sociali	10,1%
In collaborazione con servizi sociali ed autorità giudiziaria	5,2%
In collaborazione con l'autorità giudiziaria	3,0%

*Fonte: Sistema informativo Regione Piemonte*

# Chi è responsabile per la salute mentale in età evolutiva

Il maggior problema attualmente è la frammentazione dei servizi sanitari per l'infanzia , che rende estremamente difficoltoso il raggiungimento dell'obiettivo di un funzionamento integrato e professionalmente multidisciplinare  
(British Medical Journal, 1977, 315)

# L'inscindibilità tra tutela salute e tutela salute mentale

Dal Documento della Associazione Culturale Pediatri “Servizi sanitari per l'età evolutiva” 2004

- Il primo e principale punto che emerge è la persistente frammentazione dei Servizi sanitari per l'infanzia e l'età evolutiva a cominciare da quelli strettamente pediatrici...
- Manca a livello locale, regionale come aziendale, un' *entità che rappresenti adeguatamente il complesso dei bisogni di salute e su questa base sappia orientare l'utilizzo delle risorse* , sia secondo considerazioni di priorità sia secondo considerazioni di uso efficace delle risorse esistenti. Tale tematica si pone in molti paesi industrializzati, indipendentemente dai sistemi adottati per quanto riguarda l'organizzazione delle cure pediatriche.
- Vi è infine la considerazione che una parte consistente e con ogni evidenza sempre più rilevante dei problemi di salute del bambino, dall'epoca prenatale fino all'adolescenza, può trovare adeguate risposte solo con il coinvolgimento di settori della società diversi da quello sanitario, in particolare: le politiche economiche e sociali, la scuola e più in generale i mezzi di comunicazione, la legislazione sulla tutela dei diritti del bambino, i servizi sociali, l'ambiente ecc.