

## **SVILUPPO DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE IN ITALIA ED IN EUROPA. STORIA DELLE ISTITUZIONI PSICHIATRICHE PER L'INFANZIA.**

Silvia Bracci

La Neuropsichiatria Infantile nasce come scienza medica intorno alla fine dell' '800, con lo sviluppo e il convergere di vari indirizzi scientifici ed organizzativi, quasi contemporaneamente in America ed in Europa. E' la scienza che si occupa delle difficoltà neurologiche e/o psichiche del fanciullo fino alla maggiore età, in ogni settore del suo sviluppo neuropsichico, siano o no presenti altri deficit fisici, sensoriali o motori. La psichiatria infantile in particolare, viene definita come la scienza delle difficoltà psichiche, dei ritardi e delle turbe di ogni sorta nello sviluppo neuro- psichico del bambino. Oggetto del suo intervento è il ragazzo disadattato, le condizioni di sofferenza individuali, l'incapacità di adattamento affettivo, familiare, sociale; essa quindi si applica a esseri e nozioni che sono in continuo divenire.

La necessità di tener costantemente a mente il rapporto io-ambiente-tempo-noxa ha storicamente determinato l'applicazione di una precisa metodologia: : l'équipe multidisciplinare come base dello studio del ragazzo. Il peculiare campo d'azione e i compiti della psichiatria infantile rendono conto in parte delle sostanziali differenze nella pratica clinica con la psichiatria degli adulti; giustificano inoltre il ridotto potere di fascinazione che i progressi della neurobiologia hanno in questo settore nel quale, dall'inizio, si è dovuto tener conto nel trattamento dei disturbi, delle componenti biologiche, psicologiche e sociali.

### Evoluzione della Neuropsichiatria Infantile in Europa

L'evoluzione e i compiti della disciplina dalle origini e lo sviluppo in Italia dei servizi per l'infanzia disadattata viene appassionatamente rappresentata da Giovanni Bollea nel corso della Lezione inaugurale al Corso Ufficiale di Neuropsichiatria infantile, tenuta il 20 gennaio 1960 a Roma nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università ( da: " Evoluzione storica e attualità' della Neuropsichiatria infantile " Giovanni Bollea *Infanzia Anormale*,37,1960)

*.....La psichiatria infantile ha due poli, quello medico- biologico o somato- psichico e quello psico-sociale sempre presenti in ogni caso clinico, dall'oligofrenico all'irregolare della condotta. L'arte del pedo-psichiatra è di captarli dialetticamente fusi, di giungere a questa sintesi. Questo è il fondamento essenziale della sua forma mentis, come è il fondamento, e lo abbiamo visto, di una moderna impostazione metodologica per lo studio di ogni caso clinico durante l'età evolutiva. Il bambino non è più un "piccolo adulto ".*

Il bambino quindi, come individuo, soggetto dotato di una sua personalità originale e, quindi, di una sua psicologia e una sua specifica patologia.

*.....Quando studiamo un caso, cominciamo con l'analizzare la sua fenomenologia, cerchiamo le possibili concause organiche, le sue possibilità intellettive, studiamo l'ambiente sociale e psicologico in cui il ragazzo è cresciuto, dove il suo io si è formato, mettiamo in luce sin dove è possibile la frustrazione subita o meglio i principali momenti traumatici e le situazioni conflittuali che si sono andate formando. Indirizziamo così le nostre ricerche contemporaneamente in tre direzioni: partiamo dallo studio fenomenologico del caso clinico, ne cerchiamo le motivazioni e tentiamo in ultimo di scoprire i meccanismi (fisiologici o psicologici, consci o inconsci questi ultimi), che legano le motivazioni ai sintomi.*

*....L'anormalità o meglio, come diremo, lo squilibrio strutturale, è più o meno grave secondo il momento in cui un elemento negativo fisico o psichico ha agito sulle altre variabili e inversamente, lo stesso elemento negativo produce un quadro fenomenologicamente e strutturalmente diverso a seconda del tempo che ha agito ..... Un sintomo è quasi fisiologico ad una data età, è inquietante ad un'altra, è nettamente patologico ad un'altra ancora.*

Bollea nel suo lungo discorso, ripercorre il cammino della ricerca sull'oligofrenia, iniziando con la rivoluzione pedagogica di Pestalozzi (1746) e Fröbel (1782-1852), e poi Itard, Belbomme, Séguin, Esquirol, Goggenmoos, Bourneville e più tardi Hanselmann e Decroly.

*.....Pestalozzi (1746) Frobel (1782-1852), sono i veri iniziatori di tutta la pedagogia speciale, anche se essi hanno sempre trattato bambini normali. Fröbel ha introdotto nella scuola il gioco in tutte le sue forme; i suoi metodi hanno poi praticamente ispirato tutti i programmi di insegnamento sensoriale e motorico degli anormali.*

*Contemporaneamente Itard tenta per ben 5 anni la rieducazione del « Selvaggio d'Aveyron » che non era altro che un idiota. Fallisce, ma le sue osservazioni permettono a Belhomme di scrivere nel 1824, un trattato sull'idiozia, a Ferrus di organizzare nel 1828 a Bicêtre una scuola per anormali, a Goggenmoos di fondare a Salisburgo il primo istituto tedesco per oligofrenici, a Fairet uno alla Salpêtrière nel 1831, e poco dopo (1834) un altro ancora da Felix Voisin.*

*Pochi decenni dopo abbiamo un primo esempio di lavoro in équipe Esquirol e Seguin. Nel 1845 Séguin fonda a Rue Pigalle la prima scuola autonoma e pubblica il suo metodo sulla Educazione fisiologica: esso è essenzialmente fondato sulla rieducazione motoria e sensoriale nettamente individualizzata. Le sue osservazioni sui giocattoli precorrono Claparède e quelle fini ed esatte sul movimento della mano precorrono le osservazioni filmate di Gesell. Emigrato in America egli è stato il vero fondatore di tutte le scuole speciali americane. Nel 1852 Hansen crea nello Schleswig i primi Istituti speciali per epilettici..*

*.....Umanizzazione e individualizzazione della rieducazione del minorato sono stati gli elementi essenziali dell'azione a favore di essa in tutto il secolo XIX°. Essi erano i frutti diretti dell'illuminismo e perciò si può dire che, in un certo senso, la neuropsichiatria infantile nasce solo verso la fine del secolo Scorso e coll'inizio del nostro.*

All'inizio del XX° secolo due sono gli indirizzi scientifici che determinano una ulteriore definizione e completamento dell'ambito di azione della psichiatria infantile: la testologia e la psicoanalisi. Nel 1905 abbiamo, coi test di Binet-Simon, la nascita della testologia. Si passerà rapidamente dai test intellettivi ai questionari caratterologici e ai test proiettivi. Contemporaneamente subentra, con Freud e Meyer, la psichiatria dinamica affiancandosi alla psichiatria statica, descrittiva e nosografica kraepeliniana. La malattia mentale è dunque la sintesi negativa di tutte le reazioni individuali alle particolari situazioni vitali del paziente.

*....Contemporaneamente la clinica pedopsichiatrica comincia a dare i suoi primi risultati e si enucleano le prime importanti sindromi psicopatologiche infantili. L'idiozia amaurotica del Tay viene individuata nel 1887 e la sua forma giovanile di Vogt nel 1905. La sclerosi tuberosa è del 1880 ma la sindrome di Foerster è del 1909; nel 1905 De Sanctis isola la demenza precocissima che riesce ad imporsi dopo alterne vicende. E' una corsa ad isolare forme cliniche sempre numerose, nel campo o delle oligofrenie o delle demenze o delle psicosi*

Nascono in America e soprattutto in Europa i primi periodici della specialità : nel 1894 Cioni fonda «Ortofrenia » che ha breve durata; nel 1895 nasce il «Journal of Mental Deficiency », che vive tutt'ora; nel 1904 la prima rivista tedesca « Die Hilfsschule » .

Altro elemento fondativo per la N.P.I è stato il problema della devianza minorile che "ha costretto" medici e giudici ad una fruttuosa collaborazione.

*...É necessario puntualizzare l'importanza storica che hanno avuto molti illuminati giudici nello sviluppo della psichiatria infantile. Sono essi per primi che hanno chiesto la ricerca del perché dell'atto antisociale e hanno determinato la necessità del lavoro in équipe (psichiatra, psicologo, assistente sociale), che, realizzato qua e là sporadicamente, e non in forma univoca, in Inghilterra, America, Germania, prima del 1920, entra poi decisamente nella pratica pedopsichiatrica e ne diventa si può dire l'elemento metodologico più importante e caratteristico.*

Un quadro sufficientemente esaustivo dello sviluppo della psichiatria infantile dal punto di vista istituzionale, in Europa, dagli inizi del Novecento , è possibile recuperarlo da alcuni scritti che, ancora Giovanni Bollea e alcuni altri suoi collaboratori hanno prodotto nelle fasi di maggior sviluppo della dottrina con l'obiettivo di sottolineare la specificità della materia rispetto ad altre discipline affini - la pediatria, la psichiatria degli adulti, la neurologia - e ottenere riconoscimento istituzionale al loro lavoro attraverso la creazione dei primi insegnamenti universitari e, successivamente, di cattedre di NPI in tutta Italia.

Nel 1958 in un articolo apparso su " La Psychiatrie de l'enfant" vol.1 fascicule dal titolo "Psichiatria Infantile in Europa" , G. Bollea fa una rassegna dello stato di sviluppo delle istituzioni esistenti in quegli anni in alcuni dei principali paesi europei.

Due le tipologie che si andavano diffondendo: le Child Guidance Clinics istituite in Inghilterra dopo la Prima Guerra Mondiale, prima fra tutte la East London Clinic e gli Istituti medico- psico- pedagogici francesi.

Queste strutture si espansero soprattutto dopo la seconda guerra: entrambe le organizzazioni, nonostante il diverso mandato istituzionale, diagnostico le prime, terapeutico- riabilitativo le altre, sottolineavano l'importanza del lavoro di équipe come concetto centrale nello sviluppo dell'assistenza psicologica dell'infanzia, essendo i disturbi interpretati come il prodotto di una varietà di rapporti sociali, ambientali e familiari, nonché di fattori inerenti al bambino stesso.

### Evoluzione della Neuropsichiatria Infantile italiana

In Italia, il cammino accademico della neuropsichiatria infantile è tracciato da tre date: nel 1900 Sante De Sanctis apriva in Roma il primo Ambulatorio di neuropsichiatria infantile; dopo trent'anni, nel 1930, Cerletti a Genova e De Sanctis a Roma inauguravano i primi due Reparti Infantili Universitari. Trent'anni dopo, nell'ottobre 1959, veniva affidato a G. Bollea dal direttore prof. Gozzano il primo incarico d'insegnamento italiano di questa nuova materia nella Facoltà Medica di Roma. Per quanto riguarda la psichiatria infantile italiana, tre le figure di rilievo di inizio secolo: Sante De Sanctis per l'aspetto clinico-psicopatologico, Giuseppe Montesano per quello psico- pedagogico della specialità e la Montessori sul fronte strettamente pedagogico.

*.....Questi indirizzi iniziali cioè quello psico- pedagogico e quello clinico- psicopatologico, saranno sempre predominanti nella scuola italiana anche se più tardi essa risentirà dell'influsso della scuola costituzionalistica ed endocrinologica del Viola e del Pende e di quella criminologica del Di Tullio. Nel 1906 Sante De Sanctis descrive la sua demenza*

*precocissima ed inizia da allora a sostenere l'individualità clinica della psichiatria infantile e a ritenere soltanto come una necessità momentanea l'accettazione di certe impostazioni nosografiche dell'adulto.*

*Montesano tenta di clinicizzare l'informe campo delle oligofrenie impostando scientificamente ed la prima classe differenziale a Roma, nel 1909. Nel 1922 alla chiusura del XVI Congresso della allora Società Freniatria Italiana, De Sanctis per la prima volta, in un forte discorso difende e chiede l'autonomia della neuropsichiatria infantile, indicando quella che dovrebbe essere la preparazione del pedo- psichiatra: « egli dovrebbe integrare la sua cultura in neurologia, psichiatria, pediatria e psicologia ». (Bollea G. Infanzia Anormale, 37/1960).*

Intorno agli anni '30 si diffondono intanto le classi differenziali in tutta Italia e sorgono vari Istituti Medico- pedagogici a Milano, Venezia, Roma, Firenze, Salerno. E' soltanto dopo la II Guerra mondiale che una nuova generazione di giovani darà un nuovo e dinamico sviluppo a questa antica tradizione clinica e psico- pedagogica italiana.

Nel 1946 ha luogo il I° Convegno internazionale delle S.E .P.E.G. (Semaine Internationals d'Etudes pour l'enfance victime de la Guerre) svizzera a Losanna che permetterà allo sparuto gruppo italiano di stabilire i primi fruttuosi contatti con i francesi, belgi, olandesi, inglesi, greci, austriaci ecc.. Da quel Convegno nacquero tre direttive: una nuova visione della medicina scolastica che si impose dopo alcuni decenni con la legge del marzo 1961; l'Ufficio Minorile del Ministero di Grazia e Giustizia e una nuova unità assistenziale: il Centro Medico- Psico- Pedagogico, struttura analoga alle Child Clinics Guidance di tradizione anglosassone. Si delinearono contemporaneamente le figure di due nuovi tecnici: l'assistente sociale e lo psicologo clinico.

Nel 1947 fu organizzato a Roma un Convegno nazionale della SEPEG, dove si discusse la struttura dei Centri medico-psico-pedagogici: in quella occasione l'O.N.M.I. si impegnò a crearli in Italia ed infatti, alcuni mesi dopo, il 12 dicembre 1947, fu emessa una circolare storica nella quale l'ONMI invita ufficialmente tutti i suoi Commissari a creare i Consultori Medico-Pedagogici. I primi sorgono alla fine dello stesso anno: a Milano con Porta e la Berrini e a Roma con Bollea - Bartoleschi - Ossicini - Traversa.

Il lavoro svolto nei Centri mise subito in evidenza la necessità di altre strutture assistenziali territoriali in rete. Fu d'altro canto un'esperienza comune a tutti i Paesi osservare come l'istituzione di un Centro Medico-Psico-Pedagogico in un territorio dove non esistevano altre organizzazioni sussidiarie di ordine psichiatrico e ortopedagogico, determinasse rapidamente una congestione del Centro da parte dei casi più gravi.

La lotta contro la delinquenza minorile entrò contemporaneamente in una nuova e più moderna fase: Di Tullio fonda l'Ente nazionale della Protezione Morale del Fanciullo, che aveva come scopo lo studio e l'assistenza del giovane delinquente subito affiancato, dai Servizi Sociali per minorenni del Ministero di Grazia e Giustizia diretti prima da Colucci ed ora da Radaelli.

Nel 1956 si svolse il primo Convegno Nazionale di Psichiatria Infantile organizzato dalla Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale e dall'Associazione Pro Infanzia, a Roma, sulla « Irregolarità della condotta » e nel gennaio 1953 riprese, dopo 21 anni, le pubblicazioni la rivista «Infanzia Anormale»

*.....nel 1956 inizia l'assegnazione di libere docenze in neuropsichiatria infantile e tra il 1957 e il 1959 il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione approva la creazione di tre Scuole di Specializzazione Universitarie di Neuropsichiatria Infantile: quella di Roma, e quelle di Genova e Pisa. (Bollea G. Infanzia Anormale, 37/1960)*

## Le istituzioni psichiatriche per l'infanzia

Ad una visione trionfante ed ottimistica del mondo accademico si contrapponeva in parte quella più politica che in quegli anni denunciava con vigore la prevalente impostazione manicomiale dell'assistenza psichiatrica all'infanzia.

Nell'anno 1944: il deputato provinciale della sinistra in dipendente Adriano Ossicini aveva denunciato, presso la Deputazione Provinciale di Roma, nominata dai Comitati di Liberazione Nazionale (CLN), le gravi condizioni dei bambini ricoverati nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale "S. Maria della Pietà" di Roma.

Nulla c'è da aggiungere al drammatico intervento di Ossicini, a testimonianza del clima politico e della gravità della situazione dei minori ricoverati

*...“Per gli incarichi che voi mi avete affidato, sono andato a visitare i due padiglioni dell'Ospedale psichiatrico S. Maria della Pietà nei quali sono ricoverati dei bambini. Su questa mia visita devo sottoporvi una serie di considerazioni che non possono essere definite se non come drammatiche.*

*Innanzitutto è semplicemente assurdo che dei bambini, quali che siano i loro disturbi psichici, debbano trovar posto all'interno di un ospedale psichiatrico per adulti fatto (come ogni altro ospedale psichiatrico in Italia) secondo la legge del 1904, ossia ad un alto livello di isolamento e di segregazione. È incredibile che la provincia di Roma che pur non essendo ricca non manca certo di un minimo di possibilità economiche, non abbia trovato dei locali per inserire i bambini che ha segregato dentro l'ospedale psichiatrico.*

*Ma la cosa più drammatica, cari colleghi, e antiggiuridica è che, per ragioni economiche, ossia per arrivare al recupero delle rette su base di legge, questi bambini sono trattati anche giuridicamente come malati di mente e come internati in ospedali psichiatrico!*

*Ma, a parte la erroneità giuridica e umana del considerare, contro legge, manicomizzabili dei bambini solo per recuperare delle rette, rimane, ripeto, il primo fatto inaccettabile che dei bambini, più o meno disadattati, più o meno malati, sono albergati in un ospedale psichiatrico.*

*Voi potete ben immaginare come questo costituisca una situazione drammatica e traumatizzante per loro e per le famiglie e come questo incida sulla guarigione, sul riadattamento, sul reinserimento. Ma, una volta fatte queste considerazioni, passiamo ad analizzare chi sono questi bambini, come sono stati “reclutati”, di che cosa sono malati, come sono assistiti, curati, reinseriti.*

*L'uso generico di concetti come pericolosità e disadattamento e, ancor più, l'uso generico, senza verifiche, di concetti come recuperabilità e irrecuperabilità hanno determinato il caos. Troviamo, insieme a soggetti classificati come idioti o imbecilli o cretini, soggetti classificati come deficitari, altri come mongoloidi, altri come caratteriali, altri come “amoralisti”, altri come tendenzialmente criminali, altri come instabili, altri come asociali, altri come genericamente disadattati per ragioni familiari, economiche, sociali...La suddivisione per età è relativa e sommaria.*

*La scolarizzazione (o il riadattamento), in un padiglione neanche proposta, nell'altro solo formalmente e in alcuni casi tentata. E questo non, prevalentemente, per colpa di operatori o di tecnici ma per la assurdità, data la provenienza, la classificazione e il tipo di soggetti, di organizzare qualche cosa di stabile, di differenziato, di funzionale*

*Le terapie, oltre un limite farmacologico, improponibili. Non solo manca personale di assistenza e di educazione in modo da rendere personalizzante un rapporto, ma sarebbero improponibili delle psico-terapie in simili strutture ed ambienti, anche se i terapisti ci fossero.*

*In uno dei due padiglioni, per la grande buona volontà e l'interesse del direttore, si è tentato qualche cosa a livello di gruppo, nei limiti di alcune modeste attività ludiche o espressive, ma, data la promiscuità di livelli di strutture caratteriali, di formazione e di linguaggio, il tutto rimane in termini formali. Ogni attività di rieducazione motoria e del linguaggio in uno dei due reparti, quando avviene, è per forza di cose frammentaria e occasionale.*

*L'altro padiglione, quello dei cosiddetti gravi, è una cosa semplicemente allucinante.*

*Cari colleghi, non crediate che io voglia, e non ce ne sarebbe ragione, fare qui della demagogia, ma il pensiero corre immediatamente ai lager, ai campi di concentramento, a quelle cose mostruose che non ci siamo ancora lasciati alle spalle. Questi bambini pesano tutti sulla nostra coscienza e non potremo più dire che non sapevamo. Non si può andare avanti così, non si può seguire a ricoverare in ospedale psichiatrico dei bambini provenienti dai più vari ambienti, dalle*

*più varie situazioni, con le classificazioni e le motivazioni più assurde, per poi metterli insieme, dopo aver dichiarato che sono gravi, senza fare nulla perché essi possano essere in qualche modo curati seriamente, ma soltanto dando loro, in qualche modo, da dormire e da mangiare, in una situazione ambientale, ripeto, allucinante.....I rapporti con le famiglie sono saltuari, occasionali, formali*

*Questi bambini poi sopravvivono, in generale, anche se la mortalità è alta, crescono in qualche modo e, in percentuale modesta, escono, per essere poi emarginati o per rientrare, come adulti, negli stessi manicomi dai quali sono usciti.*

*E le province, fra l'altro, mettono in bilancio cifre non indifferenti per questa mostruosa opera di puro ricovero nella quale il disadattamento e la patogenicità sono l'elemento costante.*

*Il deputato Ossicini non si limita alla denuncia ma detta l'agenda dei lavori per i prossimi anni.*

*Cari colleghi, le responsabilità che noi abbiamo sono pesanti e dobbiamo immediatamente fare una serie di cose, anche se non mi illudo sia facile fare cose risolutive in questo settore.*

- 1. Rivedere, dal punto di vista giuridico ed economico, la classificazione fatta in termini manicomiali di tali soggetti.*
- 2. Portare i padiglioni fuori dell'ospedale psichiatrico.*
- 3. Costruire un centro di igiene mentale infantile della Provincia, attraverso il quale filtrare tutti i casi segnalati e collegarsi a esistenti istituzioni analoghe.*
- 4. Creare un servizio sociale per i rapporti con le famiglie, con l'ambiente, per un'analisi ambientale e per un reinserimento ambientale.*
- 5. Ridistribuire i soggetti secondo precise classificazioni psicologiche a livello motivazionale, non scambiando sintomi con cause e non confondendo descrizioni di comportamento a livelli moralistici o ambientali con patologie vere e proprie.*

6. *Studiare in modo organico i problemi dell'educazione, della pedagogia, sia in rapporto alla scolarizzazione, sia in rapporto all'ambientamento.*

7. *Resistere alla tendenza di ridurre tutto in termini psichiatrici e psicologici, dando particolare importanza, dopo un'accurata analisi, alle componenti ambientali e sociali.*

8. *Curare gli aspetti assistenziali, individuali e familiari*

*La parola d'ordine non può essere, nel nostro paese, se non quella che è in tutti i paesi civili: resistere alla istituzionalizzazione, curare e riadattare nell'ambiente e nella famiglia, fornire all'ambiente e alla famiglia gli aiuti economici perché questo possa avvenire.*

*Per quanto riguarda l'organizzazione interna di quei padiglioni che rimarranno, per coloro che dovranno per forza essere istituzionalizzati, occorre una revisione totale per il numero dei bambini e per il tipo di tecniche. L'ambiente deve essere il più possibile di tipo familiare, il personale di assistenza numeroso e qualificato. Il personale specialistico, psicologi, psichiatri, ortofonisti, fisioterapisti, pedagogisti, ecc., in numero sufficiente e non, come adesso, ridicolmente insufficiente o in gran parte, segnato puramente sulla carta.*

*Tutto questo non è utopistico e non arriva a livelli economici vertiginosi. Noi stiamo uscendo da una drammatica esperienza, quella del fascismo, che è un fatto politico e un fatto di costume; non è soltanto cacciando i fascisti e i tedeschi dall'Italia che noi saremo un popolo libero, ma facendo quelle riforme di struttura che sono indispensabili per colpire il fascismo alle radici.*

*Quello che il collega Perrotti ed io abbiamo visto nei padiglioni dei bambini nell'ospedale psichiatrico è, scientificamente, moralmente, umanamente, inaccettabile, perciò va radicalmente modificato. Ci vuole anche una precisa volontà politica, un coraggio notevole, nel riformare quanto deve essere "rivoluzionariamente" riformato. Ci riusciremo? non so come e quando: ma la denuncia è già un primo passo perché ciascuno si assuma le proprie responsabilità". (A. Ossicini: Gli esclusi e noi. A. Armando, Roma 1973).*

Seguiranno negli anni successivi altre denunce che non sembrano riuscire a modificare le condizioni dei Reparti infantili negli Ospedali Psichiatrici. Si continua a parlare di Riforma psichiatrica, si discute su nuovi programmi di organizzazione sanitaria.

L'8 maggio del 1958 si svolse presso l'Istituto Medico pedagogico Sante De Sanctis la cerimonia celebrativa del XXV° anniversario della fondazione dell'Istituto; l'Amministrazione Provinciale di Roma disponeva, oltre che dell'Istituto medico pedagogico Sante de Sanctis di una gamma di mezzi con i quali sopperire all'assistenza dei minorati psichici a seconda dei bisogni, delle possibilità di recupero dei vari soggetti assistiti. Tutte queste attività avevano il loro centro di direzione e di coordinamento nella équipe medico-pedagogica del Centro di igiene mentale, alla cui testa prestavano la propria opera il Prof. De Giacomo, direttore dell'Ospedale Psichiatrico, ed il Prof. Cacchione, vice direttore dell'Ospedale Psichiatrico incaricato della direzione del Centro d'igiene mentale di Via Fornovo, una cui sezione è interamente dedicata alla psichiatria infantile.

Erano allora presenti nell'Istituto Sante De Sanctis 107 allievi (dai sei ai quattordici anni), provenienti dalle famiglie d'origine, dall'Ufficio Assistenza Illegittimi e dall'Istituto Provinciale per l'assistenza all'infanzia, e precisamente: 37 fanciulli dalle famiglie (34,57 %), 44 fanciulli (41,12%) dall'Ufficio Assistenza Illegittimi, 26 fanciulli (24,29%) dall' I. P. A. I. ; nettamente prevalente il sesso maschile. Ottanta fanciulli minorati psichici gravi erano assistiti nell'8° padiglione dell' Ospedale Psichiatrico. L'Amministrazione Provinciale provvedeva, inoltre, al pagamento delle rette di ricovero per molti fanciulli accolti in altri

istituti medico- pedagogici di Roma (quali l'Istituto Gaetano Giardino e gli Istituti dell'Opera Don Guanella).

Dall'intervento del Prof. CARLO DE SANCTIS:

*.....Quando nel 1933 si aprì questo Reparto la Commissione di Vigilanza avanzò molte riserve sulla mancanza delle inferriate alle finestre, sulla coeducazione dei sessi, sulla sorveglianza affidata esclusivamente a donne, ecc. Infatti allora apparve piuttosto eterodosso, che in un Reparto d'ospedale psichiatrico la tecnica manicomiale fosse tenuta in così poco conto. Nelle controdeduzioni alla Relazione della Commissione mi mostrai ottimista e fiducioso e debbo dire subito, che i ragazzi non mi hanno smentito e non mi hanno fatto pentire di aver dato loro credito. In 25 anni non si sono verificati — se la memoria non mi tradisce — incidenti di gravità, né eccezionali danneggiamenti alle cose, né atti violenti ed aggressivi, che non siano propri dei ragazzi. Non che siano stati sempre tutti degli angioletti, ma non mi pare di ricordare, in tanti anni, che un paio di fratture per cadute accidentali, qualche graffio o qualche ecchimosi riportati nel giuoco e spesso anche in conseguenza di bisticci tra ragazzi, che a quella età il bisticcio è assai poco diverso dal giuoco....*

L'Amministrazione provinciale decise di creare nell'Ospedale di S. Maria della Pietà il Reparto che si chiamò inizialmente Principe di Piemonte per un motivo strettamente politico: onorare con un'opera assistenziale il matrimonio dei Principi ereditari. Il Prof. Augusto Giannelli ne fu il vero fondatore .

*.....Il Reparto " Principe di Piemonte" nasceva come reparto di ospedale psichiatrico nell'ambito quindi della Legge 1904. Il personale proveniva dall'O.P. a cominciare da chi vi parla, che era uno dei Primari con responsabilità di servizio anche in altri Reparti. Il personale insegnante, eccettuata la Sig.na Gori che aveva già una pratica specifica fatta negli Asili-Scuola Sante de Sanctis, era costituito da un paio di volonterossissime Suore con un diploma di maestra-giardiniera; come personale di assistenza non avevamo che alcune infermiere, avvezze alla sorveglianza degli alienati, cui venivano richiesti compiti al di là della loro preparazione.*

*.....I soggetti assistiti venivano inoltrati al "Principe di Piemonte" dal reparto di osservazione della Clinica neuropsichiatrica con relativo certificato di pericolosità ed ordinanza di ricovero, a sensi di Legge. Parte di questi erano frenastenici maggiori e parte deboli di mente; una massa assai eterogenea con necessità educative molto diverse. Migliorò al quanto la situazione, quando i più gravi soggetti furono trasferiti nel padiglione VIII; ma rimaneva sempre una situazione ambigua che non tardò a divenire un vero assillo di coscienza per me.*

*....la necessità dell'internamento a sensi della legge rappresentò da un lato una palese e continua violazione giuridica, e dall'aspetto umano e sociale, un grave errore, vorrei dire, un crimine. Tutti sanno come il provvedimento del l'internamento in O.P. lasci una traccia permanente nel certificato penale ed è inutile sottolineare gli inconvenienti cui tale circostanza poteva dar luogo, ed ha dato luogo, quando quel fanciullo bisognoso nell'età scolastica di un trattamento medico-pedagogico, fosse stato riammesso nella società. Alla minorazione psichica, evidentemente minima, dal momento che aveva potuto lasciare l'Istituto per una vita nella comunità, si aggiungeva una minorazione giuridica ben più grave.*

La prima fase dall'attività dell'Istituto durò fino alla interruzione imposta dalle circostanze della guerra, quando nel 1943 il padiglione fu requisito. Le conclusioni di quella prima



*esperienza dovevano considerarsi in un certo senso negative che l'assistenza medico-pedagogica di fanciulli minorati psichici nell'ambito della Legge 1904, si rivelava del tutto sconsigliabile.*

Nel dopoguerra il problema dell'assistenza psichiatrica all'infanzia divenne attuale. Il movimento per l'istituzione dei Centri medico- psico- pedagogici e per l'igiene mentale si era riattivato. La campagna delle SEPEG, l'attività della SIAME, la riattivazione della Lega Italiana di Igiene Mentale riproponevano in un nuovo clima i problemi dell'infanzia psichica mente minorata.

Con la riapertura e la riorganizzazione dell'Istituto si inizia la seconda fase. L'Istituto Principe di Piemonte cambia nome. Il cambiamento della denominazione significò tuttavia più che un semplice adeguamento al cambiamento del regime

Il Prof. Bonfiglio fu, secondo Carlo De Sanctis, un Direttore particolarmente sensibile a certe necessità umane e sociali e favorì una proposta che tendeva a far rientrare l'Istituto Sante de Sanctis nell'attività di profilassi e di riabilitazione, introducendo innanzitutto l'ammissione libera nell'Istituto.

*.....Il provvedimento dell'ammissione libera preso dall'Amministrazione ha cambiato profondamente il carattere dell'Istituto. La selezione dei fanciulli viene ora fatta attraverso il Centro Igiene Mentale della Provincia dagli stessi Sanitari che hanno la responsabilità dell'andamento dell'Istituto e ciò evidentemente garantisce che le necessità educative del soggetto siano soddisfatte nella maggior misura dal trattamento che l'Istituto può fornire.*

*L'introduzione del servizio sociale consente di mantenere relazioni più strette con le famiglie e il collegamento con le altre opere assistenziali e di educazione di Roma, favorendo il collocamento dei dimessi. Problema non facile, che richiede un'opera paziente ed intelligente, perché possano essere superate tutte le difficoltà rappresentate dalla frammentarietà della assistenza, dai diversi regolamenti delle diverse istituzioni ed anche talvolta da uno spirito particolaristico delle istituzioni stesse e da una diffidenza verso tutto ciò che sa di « psichiatrico ». Il ritorno in famiglia, quando esiste, rappresenta spesso un problema psicologico e sociale, che merita addirittura un trattamento che potrebbe dirsi psicoterapico.*

*L'organizzazione scolastica ha potuto non solamente migliorarsi con l'assunzione di un maggior numero di insegnanti specializzate, compresa l'ortofonista, munita del diploma della Scuola Magistrale Ortofrenica, ma anche ottenendo dapprima dal Ministero P. I. il riconoscimento dei corsi elementari e poi la loro parifica mediante una apposita convenzione tra l'Amrn.ne Prov.le ed il Ministero della Pubblica Istruzione.*

Carlo De Sanctis fa, al termine del suo intervento, delle considerazioni generali sulla psichiatria infantile in quel periodo.

*.....Lo sviluppo dell'assistenza psichiatrica all'infanzia segue le stesse fasi dell'assistenza psichiatrica in genere. Come in un primo momento si è imposto il ricovero e la custodia degli alienati pericolosi, ma in seguito si è riconosciuta l'importanza sociale nel trattamento delle forme meno gravi o iniziali delle psicosi, delle nevrosi, e delle psiconevrosi, così è avvenuto nel campo dei minori. Dapprima furono i più gravi frenastenici ad attirare l'interesse degli studiosi ed a creare il bisogno della loro assistenza. Ma la maggiore importanza sociale della deficienza mentale viene oggi riconosciuta alle forme di medio e di lieve grado e ai casi limite. Le correlazioni fra deficienza mentale ed illegittimità, tra deficienza mentale e criminalità e prostituzione, tra deficienza mentale e situazione socio-economica riguardano principalmente queste forme minori della deficienza mentale.*

....Anche le trasformazioni sociali (industrializzazione, sviluppo tecnologico, urbanesimo, ecc.) vengono ad incidere in molte e diverse maniere sul problema della deficienza mentale. In una società primitiva od agricola, in una famiglia patriarcale che vive nei campi, il minorato psichico è abbastanza ben tollerato. Facilmente trova una utilizzazione applicato ai lavori più semplici e si integra nel gruppo; la stessa struttura familiare facilita la supervisione del debole che lavora. D'altra parte il basso livello culturale medio rende meno stridente il contrasto con le capacità intellettuali del minorato. Ma nei piccoli appartamenti e nei grandi fabbricati delle città moderne il deficiente è mal tollerato. È facile che in una piccola scuola di campagna un debole di mente venga accettato e anche se non progredisce nell'apprendimento delle nozioni, egli si può adattare al gruppo e spesso lo stesso gruppo lo accetta. Ma non così nelle classi sopraffollate delle città. Nella grande città aumentano inoltre i pericoli della dissocialità, soprattutto per effetto della passività e della suggestionabilità del minorato. Le possibilità di inserimento al lavoro sono al giorno d'oggi più difficoltoso che per il passato. Non tanto per la disoccupazione, ma per la elevazione del livello culturale minimo richiesto al lavoratore. Insomma si sono ampliati i limiti del problema della debolezza mentale ed esso non può più essere né ignorato né minimizzato.

....Naturalmente l'assistenza medico pedagogica e sociale ai minorati psichici ed ai gracili mentali, riguarda diversi settori dell'organizzazione sociale e prima di tutti la scuola. La scuola deve poter provvedere all'istruzione ed alla educazione non soltanto dei soggetti migliori, ma di tutti i fanciulli « normali » nel quale termine debbono essere compresi anche coloro che sono all'estremo della curva di Gauss del livello intellettuale e che rappresentano o uno sfasamento transitorio tra età mentale ed età cronologica dovuti a cause varie, o ad una minore dotazione costituzionale della capacità intellettuale, in quei limiti che gli inglesi definiscono come « normal stupidity » gli americani « dullness » o il nostro Montesano « semplicitas ». Se le « classi differenziali » fossero adeguatamente sviluppate e ben condotte molti soggetti rimarrebbero nei ranghi degli scolari. Le classi differenziali lavorano nella scuola e per la scuola, cioè per il livellamento scolastico dei ritardati.

.....Di fatto, le Amministrazioni Prov.li sono già interessate al problema degli anormali psichici ai sensi delle Legge 1904 in quanto certi deficienti mentali possono essere ritenuti pericolosi a sé e agli altri ed anche a sensi dell'art. 6 del Regolamento 1909 che prevede il ricovero di deficienti o dementi tranquilli, quando non vi siano altri ricoveri adatti.

.... Il mio parere è anzi che la Legge sugli alienati e sugli ospedali psichiatrici, almeno fino a che non sia radicalmente modificata, non dovrebbe mai essere invocata nei riguardi dei minori. Infatti essa è giustificata da due esigenze: la protezione della società contro la « pericolosità » del malato di mente e la necessità di dover applicare all'individuo un provvedimento coattivo.

Trattandosi di minori — almeno fino ai 14 anni — anche se frenastenici di alto grado, non esiste una pericolosità sociale, secondo lo spirito della Legge; anche se l'idiota è totalmente dipendente per la nutrizione e per le sue altre necessità e incapace di proteggersi contro i pericoli, la sua inefficienza è paragonabile a quella di un piccolo bambino e se è indubbiamente necessaria una speciale sorveglianza e supervisione, non è per lui giustificata una reclusione di tipo manicomiale. Del resto la maggioranza degli idioti e degli imbecilli si trovano nei comuni ricoveri e non negli ospedali psichiatrici.

....Si è molto discusso sulla opportunità o meno che gli istituti medico- pedagogici provinciali siano annessi agli ospedali psichiatrici. È bene intendersi, Secondo la nostra esperienza è indispensabile che l'Istituto medico pedagogico, sia del tutto autonomo. Vi

*sono esigenze emozionali delle famiglie che vanno rispettate. La denominazione non deve richiamare troppo crudelmente la natura «psichiatrica» dell'istituzione. Sono per tanto nettamente contrario a denominazioni quale « ospedale psichiatrico infantile » in uso in parecchi Paesi, ma che da noi è stata fino ad ora evitata. L'istituto medico- pedagogico non deve essere troppo lontano dalla città, perché le famiglie debbono facilmente accedervi; debbono essere evitate regolamentazioni troppo rigide nei riguardi delle visite dei familiari; delle uscite dall'Istituto nei giorni festivi e di vacanze estive. E la stessa organizzazione interna deve riservare larghe possibilità alle attività ricreative ed ai contatti con l'esterno.*

*.....Per mio conto ritengo che non sia né saggio, né opportuno e neppure praticamente realizzabile un'assistenza accentrata per tutti i tipi di anomalie dell'infanzia, dell'intelligenza e del carattere, dal più lieve caratteriale al più profondo idiota. Una assistenza psichiatrica del fanciullo anormale non può essere concepita che tecnicamente differenziata, perché diverse sono le necessità educative del deficitario, dell'instabile, del caratteriale, dello spastico. Essa comprende molti tipi di assistenza: non vi sono soltanto le istituzioni medico- pedagogiche residenziali e non residenziali, ma vi sono molte altre soluzioni, come i Centri di occupazione (Occupational Centers) inglesi o i Laboratori (work shops) olandesi o le colonie- scuola belghe. Tutte queste forme di assistenza possono trovare la loro realizzazione secondo le richieste e anche secondo i mezzi locali.*

*.....Scuola e comunità dovrebbero modificare il loro atteggiamento in maniera da includere i soggetti meno dotati e da provvedervi direttamente piuttosto che moltiplicare istituzioni selettive che in definitiva tendono ad escludere questi soggetti dalla compagine sociale. L'igiene mentale moderna è rivolta piuttosto alla utilizzazione economica del minorato, anche come mezzo preventivo delle sue espressioni antisociali, le quali possono essere anche la diretta conseguenza della repulsa da parte della società stessa*

*.....L'atteggiamento della società deve modificarsi, come deve essere modificato dei genitori nei riguardi dei figli minorati. Questo sarà appunto il tema posto allo studio nel prossimo Congresso della SIAME. Molte iniziative a favore dei minorati psichici incontrano tuttora ostacoli quasi insormontabili costituiti dall'ignoranza, dal pregiudizio nei confronti del deficiente, della natura del suo disturbo e delle sue possibilità di adattamento sociale. Colgo questa occasione per salutare la nascita di una Associazione tra i genitori dei fanciulli minorati, che si propone fra l'altro di svolgere appunto un'opera di chiarificazione ai genitori. Questi dominati da tradizionali concezioni sulla irreparabilità della deficienza mentale, illusi e delusi anche da falsi miraggi agitati loro dinanzi, angustiati come sono da complessi di colpa nei riguardi della anormalità del figliolo reagiscono in modo neurotico con iperprotezione o ripulsa e non riescono ad accettare oggettivamente il problema del figlio anormale. E peggiorano la situazione trascurando di*

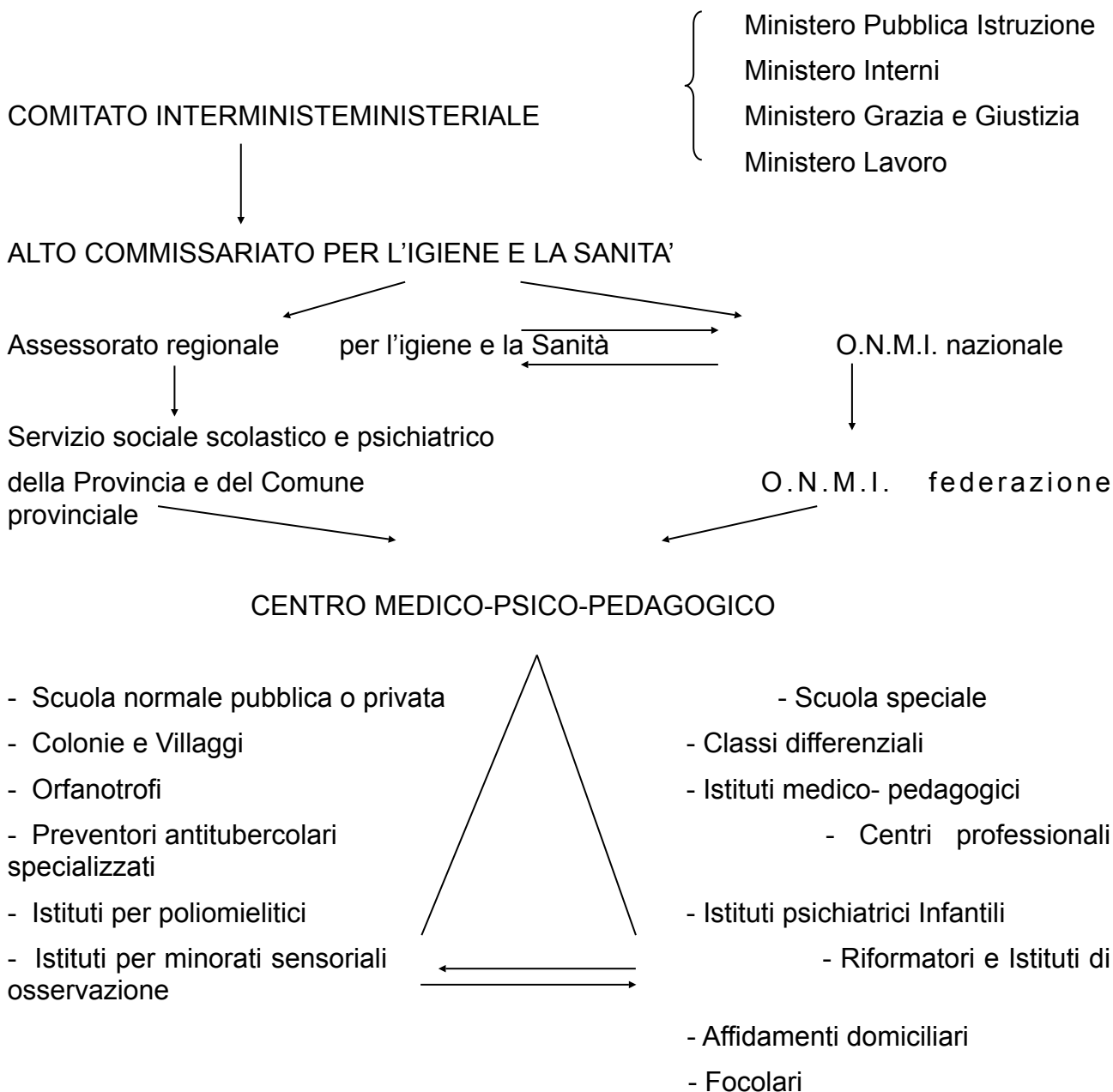
*provvedere in tempo, non accettando il verdetto dei medici le misure di pedagogia emendativa suggerite, rinunciandovi precocemente perché delusi in speranze impossibili e rassegnandosi infine a rinchiudere il figlio nelle istituzioni, come se ormai fosse morto per loro. Grave conclusione, spesso ingiustificata, ma sempre antieconomica e inumana.*

*Senza facili ottimismo, senza sentimentalismi ma anche senza irragionevoli scetticismi l'opera diretta all'integrazione sociale del minorato deve essere perseguita con tenacia, riconoscendo al debole mentale il diritto all'educazione e al lavoro. Ricordiamo la Dichiarazione dei Diritti del fanciullo già proclamata a Ginevra nel 1923 e riaffermata dall'ONU: "Il fanciullo minorato deve essere incoraggiato,, nella famiglia nella scuola e nella vita. ( De Sanctis C. Discorso per il XXV° anniversario della fondazione dell'Istituto Sante De Sanctis, Roma 1958).*

Nel maggio del 1951 alle SEPEG di Cosenza, era stato proposto il primo abbozzo di organizzazione assistenziale su piano nazionale. Si proponeva, allora, un Comitato Interministeriale, che attraverso l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità, realizzasse perifericamente questa nuova assistenza ai fanciulli disadattati.

Nuove proposte organizzative per l'assistenza all'infanzia

Il Centro Medico- Psico- Pedagogico si poneva allora, data la situazione assistenziale, come il fulcro di tutta l'igiene Mentale Infantile perché aveva un fine diagnostico e curativo ma anche, necessariamente, selezionatore e stimolatore di tutte le altre istituzioni collegate .



E' evidentemente un periodo di grande innovazione nella pratica assistenziale dei disturbi psichici dell'infanzia, anche G. Bollea, partecipando attivamente al dibattito in corso sulle nuove proposte sui modelli organizzativi dell'assistenza all'infanzia, descrive con orgoglio

gli innumerevoli traguardi raggiunti nel 1960: *Abbiamo oltre 200 Centri Medico- psico-pedagogici dipendenti o dall' O.N.M.I. o dall'Ente Morale o dalle Amministrazioni Provinciali o da Cliniche Universitarie, esiste un'organizzazione di studio e assistenza per gli spastici, pur i minorati psichici e per la delinquenza minorile, che sta alla pari con quella dei più progrediti paesi anglosassoni. Soprattutto quest'ultima conta oltre 15 Centri distrettuali ; i reparti infantili presso le Cliniche Universitarie sia Neuropsichiatriche che Pediatriche e gli Ospedali Psichiatrici sono in aumento, oltre 30 gli Istituti Medico-pedagogici senza contare tante altre istituzioni speciali per l'infanzia minorata.....La sigla era ormai imposta. Da allora C.M.P.P. è un metodo, un metodo di lavoro: due nel 1947, oltre 200 a 12 anni di distanza.* (Bollea G. *Infanzia Anormale*, 37/1960)

Più tardi, nel 1966, G. Bollea in un articolo apparso sulla Rivista "Maternità e Infanzia, (1966, n.4 pp.431/443) rappresenta nondimeno alcuni punti critici e difficoltà dei CMPP:

- 1) *Scarsa conoscenza delle possibilità terapeutiche ambientali. Un servizio di neuropsichiatria infantile ed ancor più un CMPP deve operare prevalentemente in un settore delimitato (quartiere, piccoli paesi consorziati, ecc...) per poter conoscere a fondo le situazioni ambientali nei loro elementi negativi o positivi, la potenzialità nociva quanto quella terapeutica (scuola, oratori, istituti, organizzazioni di tempo libero, classi sociali, sub- cultura, ecc...). E' impossibile pretendere, ad esempio, che l'assistente sociale della zona Trionfale di Roma conosca a fondo le situazioni ambientali del Quarticciolo.*
- 2) *All'espansione dei CMPP e alla loro attività è mancata una armonica e parallela organizzazione dei servizi collaterali indispensabili per la terapia. Questa è anche una delle ragioni dello scarso passaggio alla fase terapeutica (centri rieducazione linguaggio, scuole per epilettici, ambliopici, otologopatici, istituti 1PP per insufficienti mentali o per caratteriali, organizzazioni giovanili di tempo libero, focolari ecc..).*
- 3) *E' necessario che il Centro Medico-Psico-Pedagogico sia organizzato a pieno tempo.*

Gli elementi critici sono numerosi, alcuni incredibilmente affini alle problematiche dell'assistenza psichiatrica di oggi:

*.....C'è il problema dei ruoli, della fossilizzazione dei ruoli, della burocratizzazione dei ruoli; il problema dell'attesa di mesi; il problema del lavoro a tempo pieno; della distribuzione dei Centri in base al numero della popolazione; il problema dei rapporti assistenziali tra vari Enti; il problema della scuola che, modificata sostanzialmente da giudicante ad accettante, chiede al CMPP un intervento maggiore di quello che i CMPP possano oggi dare; il problema di un'attività terapeutica oltre che diagnostica; il problema della diagnosi precocissima (parlavamo allora di abbassare l'età a 3 anni per una diagnosi precoce; oggi diciamo di abbassare la diagnosi precocissima al di sotto dell'anno); il problema, infine dei CMPP specializzati per le insufficienze mentali, per le paralisi cerebrali infantili, per altri settori di handicappati fisici.*

Questi centri si sarebbero per lo più limitati a svolgere interventi diagnostici che "vengono quasi sempre utilizzati come comodo alibi per la selezione e l'esclusione e non utilizzati in modo dinamico come stimoli a chiarire il problema e ad impegnarsi per risolverlo" (Documento degli operatori dei CMPP dell'ONMI di Roma "Considerazioni sul ruolo del CMPP all'interno dell'unità sanitaria locale" presentato al W° Congresso Nazionale della Società di Neuropsichiatria Infantile, Genova 1970).

Un documento di grande suggestione in questo fertile periodo è rappresentato dall'opuscolo "Bambini in manicomio" pubblicato da Bulzoni Editore nel 1975, redatto da Psichiatria Democratica come testimonianza dell'esperienza fatta nei due padiglioni

Infantili dell'Ospedale S.M. della Pietà di Roma , il Padiglione VIII° e il Padiglione 90 (o Sante De Sanctis) da medici, infermieri e volontari; lavoro che condusse alla chiusura , nel 1972, dei due Padiglioni e al blocco delle accettazioni dei minori in Ospedale psichiatrico

In esso si fa un bilancio fallimentare dei CMPP che, tra l'altro, non hanno svolto *“un intervento realmente preventivo nei quartieri di competenza, nell'ambito della scuola, degli istituti, dei centri ricreativi”* , facilmente dimostrato dalla rapida dilatazione, in quegli stessi anni, di nuove istituzioni dell'esclusione, rappresentate dalle classi differenziali (dalle 795 classi del 1957-58 alle 1449 classi del 1963-64) e dalla permanenza delle vecchie istituzioni dell'esclusione come i reparti manicomiali.

L'esclusione, secondo quanto riportato nell'opuscolo, si dilata e per certi versi si razionalizza, tuttavia mantiene gli stessi caratteri sia all'interno che all'esterno dell'istituzione manicomiale: l'esclusione a livello sociale e scolastico è la tappa iniziale di una carriera che può condurre fino in Ospedale Psichiatrico ...*La psichiatrizzazione dell'esclusione a livello sociale richiede una moltitudine di nuovi tecnici, ben più numerosi di quelli impiegati fino ad allora nei Reparti Psichiatrici, i quali devono avere una formazione più razionale e sofisticata di quella degli psichiatri organicisti che avevano operato fino ad allora.*

*Infatti il compito è ben più impegnativo, non più quello di gestire la fascia di devianza inviata nei manicomi, ma di intervenire direttamente nella comunità trovando nuove forme di controllo che stimolino nell'assistito una introiezione precoce della propria esclusione, come appunto si verifica in molti interventi psichiatrici nell'età infantile.*

*A questo nuovo compito il mondo accademico della Psichiatria si comincia a preparare dopo il 1950, dimenticando i drammatici richiami di Ossicini preoccupata soltanto di rafforzare il potere della corporazione. Accanto alla solida corporazione degli psichiatri germoglia, si sviluppa e si distacca la nuova corporazione della Neuropsichiatria infantile.*

E' a Roma che la Neuropsichiatria Infantile Universitaria ha uno sviluppo particolarmente fecondo, in apparente contrasto con l'immobilismo ed il burocratismo della città stessa.

Duro è l'attacco alla neuropsichiatria romana: ....*lo sviluppo della N.P.I., al contrario, è permesso ed alimentato perché non intacca le istituzioni per l'infanzia, dalla scuola agli istituti assistenziali, ma addirittura alimenta i Reparti Infantili dell'Ospedale Psichiatrico “S. Maria della Pietà” di Roma, conferendo alla pericolosità del bambino una ratifica scientifica universitaria.*

*È infatti col certificato di pericolosità, previsto dalla legge manicomiale del 1904, che vengono inviati molti bambini dal Reparto Infantile della Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Roma all'Ospedale Psichiatrico.*

*Nulla è cambiato pertanto dal 1944 nei Reparti Infantili dell'Ospedale Psichiatrico se non il fatto che ad inviare dei minori sono anche i nuovi tecnici della Neuropsichiatria Infantile. Tale crisma di ufficialità, fornito essenzialmente dalla Clinica universitaria - in quanto in quell'epoca, e fino alla legge 431 del 1968, nessun paziente poteva essere ammesso direttamente in ospedale, ma solo attraverso le ordinanze provenienti dalla Clinica - ben lungi dall'indurre l'Amministrazione Provinciale a migliorare il servizio nel reparto che costituiva l'ultima e definitiva tappa della emarginazione e tanto meno a ricercare soluzioni alternative, costituiva invece un alibi per non cambiare nulla nella scandalosa realtà di un reparto infantile, considerato comunque insostituibile, con un meccanismo analogo a quanto si è sempre verificato nelle istituzioni carcerarie, nei manicomi, negli ospizi per anziani.*

Secondo psichiatria Democratica i tecnici non si rendevano conto di essere soltanto il comodo strumento di un potere politico, che unicamente sul piano politico si poteva contrastare.

A dire il vero alcuni tentativi di incidere sulla condizione dei minori ricoverati nell'Ospedale psichiatrico furono fatti e nell'opuscolo sono riportati alcuni estratti di rapporti inviati dal dirigente del servizio di neuro psichiatria infantile al Direttore dell'ospedale, all'Assessore, al Presidente della Provincia, dal 1962 al 1970, rapporti che rimasero pateticamente senza alcuna risposta o che servirono al massimo a far istituire delle commissioni di studio, senza alcun risultato.

.....(Maggio 1962) All'Assessore all'Assistenza:

*Per condurre a graduale soluzione il problema sul quale discutiamo da molti anni, ritengo che occorra finalmente sapere su cosa si discute, cioè quale è la vera entità dell'impegno assistenziale nei vari centri della provincia, studiando poi fino a che punto sia possibile risolverlo in loco, stimolando la creazione di esterni medico- pedagogici o di centri ricreativi ed occupazionali ed interessando i Comuni alla concessione dei locali ed il Provveditorato agli Studi per l'assegnazione di insegnanti specializzati. Ciò incoraggerebbe le famiglie a tenere presso di sé i fanciulli minorati con in calcolabili vantaggi per il loro futuro inserimento sociale nella comunità di origine e con un sensibile alleggerimento di spese per la Provincia, che soltanto allora potrebbe veramente conoscere quale sia il numero dei fanciulli per i quali è necessario il ricovero in istituti"*

*(Novembre 1964) Al Direttore: " . . . Il padiglione ospedaliero (VIII Padiglione) dovrebbe innanzitutto essere dichiarato Reparto Aperto, affrancandolo dalla legge 1904. E infatti ovvio, per ormai lunghissima esperienza, che la "pericolosità" richiesta dalla legge è una mera fictio juris per i fanciulli ricoverati, tutti al disotto dei 14 anni. Il Reparto deve inoltre essere posto in condizioni di migliorare le sue strutture, introducendo tecniche educative, sia pure a livello dell'addestramento prassiterapico"*

*(Settembre 1966) Al Presidente ed all'Assessore:*

*In numerosi colloqui e relazioni scritte, si è cercato di spiegare agli onorevoli amministratori, negli anni passati, quali siano le cause dei disservizi e quali i possibili rimedi per portare un servizio così delicato come l'assistenza psichiatrica all'infanzia al livello richiesto dalle popolazioni amministrate e dare in questo campo alla nostra Provincia l'efficienza raggiunta da tempo non solo dalla Provincia di Milano, ma anche da quelle di Messina e di Treviso . . . Il padiglione infantile dell'ospedale psichiatrico è l'unico luogo nella Provincia dove si possano accogliere fanciulli gravemente minorati sul piano psichico, che costituiscono un drammatico problema nella vita di molte famiglie. Questi fanciulli richiedono una attrezzatura assistenziale di primo ordine, un personale specializzato e numericamente sufficiente e soprattutto i sussidi di una didattica che si ispiri alla stimolazione di ogni acquisizione di maggiore autonomia personale e di rapporto umano, onde non trascurare ogni sforzo di recupero anche nei casi apparentemente più disperati. La cronica carenza di personale e la mancanza dei mezzi più volte richiesti hanno finora impedito la realizzazione di tali programmi. Sarebbe inoltre necessario liberare i fanciulli dalle sovrastrutture poliziesche della vigente legge, facendo del padiglione un reparto "aperto" . . . Tre anni or sono il Consiglio Provinciale approvò all'unanimità il decentramento topografico dei servizi pedo- psichiatrici, ma nulla ancora si è fatto in tal senso".*

Un ultima lettera nel 1970: *"I sottoscritti si permettono di insistere in questo senso perché la soluzione dei problemi è ormai indicata nei verbali della Commissione di studio, che ha concluso di recente i suoi lavori. Se quell'autorevole parere tecnico e questo ulteriore*

*documento esplicativo non fossero sufficienti a con vincere l'Amministrazione dell'urgenza di concrete realizzazioni in questo settore, i sottoscritti sarebbero costretti a declinare ogni responsabilità per eventuali incidenti derivanti dalla gravissima carenza assistenziale insita nelle attuali inadeguate strutture dell' VIII° Padiglione dell'Ospedale Psichiatrico”.*

La Commissione permanente di assistenza della Provincia di Roma nel corso di una ispezione effettuata nello stesso periodo rilevava *“bambini legati coi piedi ai termosifoni o ai tubi dell'acqua; altri scalzi e seminudi, sdraiati per terra come bestioline incapaci di difendersi; un bimbo ferito e intriso di sangue perché lasciato incustodito, molti sporchi di feci, dovunque un puzzo insopportabile, mentre una sola infermiera era adibita a curare 24 bambini per sedici ore al giorno e nell'intero padiglione era assicurata la presenza di un solo dottore”.* Dopo esattamente 28 anni permangono le 2 strutture per l'infanzia nell'Ospedale Psichiatrico descritte dal consigliere Ossicini, una per soggetti gravi *“irrecuperabili”*, una per soggetti lievi suscettibili di recupero scolastico.

Nel corso dell'estate del 1972 si gettavano le premesse (contenute in un Promemoria all'Assessore alla Pubblica Assistenza dell'8/7/1972) per l'abolizione dell'8° Padiglione, per l'abolizione dei ricoveri in Ospedale Psichiatrico dei minori di 14 anni e per la concentrazione dei servizi psicopedagogici nell'istituto “De Sanctis”, attraverso una necessaria ristrutturazione che doveva prevedere uno sganciamento dell'istituto dalla gestione manicomiale con una progressiva apertura all'esterno.

In questa chiave dopo l'estate iniziava la frequenza diurna dei bambini dell'8° padiglione sia delle strutture scolastiche dell'istituto “De Sanctis”, sia di Centri di Riabilitazione in esternato.

Dai documenti si evince che la situazione interna del Reparto nonostante avesse raggiunto alcuni livelli significativi sul piano assistenziale, con un discreto recupero dei bambini ricoverati, tuttavia rimaneva insoddisfacente e ci si rendeva sempre più conto che la struttura del reparto e la sua permanenza in Ospedale Psichiatrico non permetteva di acquisire ulteriori risultati positivi e che anzi si tornava progressivamente indietro, proprio per mancanza di sbocchi.

*.....Nonostante ciò i rapporti con l'esterno si moltiplicavano, più di dieci bambini andavano di giorno nei Centri di Riabilitazione, altri venivano condotti nelle classi dell'istituto De Sanctis, che nel frattempo si stava chiudendo. Tuttavia gli stessi bambini si trovavano a vivere in una situazione contraddittoria, in quanto durante il giorno sperimentavano esperienze nuove e la sera ritornavano in padiglione, ed al rientro manifestavano reazioni di op posizione anche violente.*

*.....L'impossibilità di trovare delle soluzioni immediate per i bambini dell'8° Padiglione portò a stabilire una più stretta collaborazione con i Centri di Riabilitazione in modo che si istituisse uno scambio fra il personale del Reparto e dei Centri. Fu fatta la proposta di inviare per un periodo di tirocinio le infermiere nei Centri di Riabilitazione, i quali a loro volta si impegnavano a distaccare dei propri operatori all'interno dell'8° Padiglione per svolgere una funzione di animazione.( Bambini in manicomio, Bulzoni ed. 1975)*

I Centri di Riabilitazione con cui si era iniziata la collaborazione erano: Nido Verde, AIAS, Scuola Serena. Nell'estate, sulla base delle indicazioni del Presidente della Provincia, l'équipe dell'8° Padiglione in accordo col Direttore del Centro di Igiene Mentale procedette allo sfollamento del Padiglione e nonostante l'opposizione e i contrasti con gli operatori del Centro di Igiene Mentale: *.....I bambini vengono dispersi in Istituti di tutta Italia (a Igea Marina (Rimini), a Monteflascone (Viterbo), a Perugia, a Civitavecchia , le case- famiglia sono state un miraggio che è servito all'Amministrazione Provinciale per prendere tempo e*



*per far effettuare i trasferimenti superando le resistenze degli operatori del C.I.M. Ai primi di ottobre l'operazione è conclusa.*

*Compaiono periodicamente degli articoli dei giornali che si chiedono "che fine hanno fatto i bambini del manicomio?" oppure "Niente casa per i bambini dimessi dall'8° Padiglione" Nel frattempo si scopre che "le cliniche altamente specializzate in neuropsichiatria infantile" sono nella maggior parte dei casi istituti segreganti e custodialistici.*

*L'ENAOI definisce l'istituto di Igea Marina come un Istituto "custodialistico" e l'Istituto Villa Azzurra di Roma, dove è andata una bambina del Reparto è tuttora sotto inchiesta.*

### I Servizi di Neuropsichiatria Infantile oggi

Quale il percorso della neuropsichiatria da allora?

Il cap. 8 del D.M. 24 aprile 2000 - Adozione del progetto obiettivo materno- infantile relativo al «Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000»-, afferma: «La prevenzione, la diagnosi ed il trattamento delle patologie neurologiche e psichiatriche nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) rivestono un ruolo importante nella tutela della salute della popolazione. Infatti le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano molto spesso le loro basi nell'età evolutiva» e più oltre continua «...è indispensabile un approccio multidisciplinare fortemente centrato sugli specifici bisogni del minorenne nello spirito di una più fattiva integrazione professionale».

Le considerazioni successive sottolineano poi che «L'intervento nel settore delle patologie di prevalente componente neuropsichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza deve essere unitario e coordinato, con una presa in carico globale del paziente e molto spesso anche della sua famiglia tenendo conto dell'evidenza epidemiologica del territorio di interesse, per ponderare esigenze di risorse di personale e di attrezzature, rispettando l'esigenza di realizzare la massima integrazione tra le componenti neurologiche, neuropsichiatriche e psichiatriche e le altre competenze di specializzazioni specifiche per questa fascia di età».

La peculiare organizzazione dei Servizi di NPI in Italia, fondandosi sul lavoro dell'équipe multidisciplinare, si pone come principio e come obiettivo un approccio integrato al bambino ed alla sua famiglia indipendentemente dal disturbo presentato e dalla tipologia di intervento richiesto; ciò consente una visione più ampia ed integrata delle relazioni evolutive esistenti tra le diverse situazioni patologiche, dei problemi della comorbidità e della prevenzione secondaria e costituisce pertanto un punto di forza nello studio e nella programmazione degli interventi nell'area della Salute Mentale in età evolutiva.

Secondo gli ultimi rapporti di G. Levi (Levi- Penge 2002) le rilevazioni epidemiologiche descritte nella letteratura (nazionale ed internazionale) pongono la prevalenza di soggetti con problemi neuropsichiatrici intorno al 18-20% della popolazione generale e indicano che una percentuale oscillante tra il 4 e l'8% della popolazione in età evolutiva viene, in qualche modo, in contatto con i Servizi di NPI sia in Italia che negli altri paesi occidentali.

*.....La peculiarità dei Servizi di NPI in Italia, che li vede coinvolti nella cura delle patologie sia neurologiche che psichiatriche, rende la popolazione che dovrebbe ferire a questi Servizi particolarmente eterogenea: il 2% della popolazione generale presenta un Disturbo Neurologico o Psichiatrico grave e persistente in forma conclamata anche al di là dell'età evolutiva; il 4% circa della popolazione, la stessa fascia d'età, presenta un disturbo dello sviluppo delle funzioni superiori (settoriale o associato a lievi difficoltà cognitive) che appare significativo in evolutiva e persisterà in forma spesso silente in età adulta, mentre un altro 4% circa, presenta un disturbo persistente delle funzioni affettive e/o sociali, che spesso permane, a volte trasformandosi, in disturbi psichiatrici di diversa entità in età adulta; infine il 4% della popolazione infantile ed adolescenziale presenta disturbi*

*psicopatologici più lievi, ad esordio acuto o ad andamento fasico, cui fa seguito, almeno apparentemente, una remissione del disturbo.* (G. Levi, R. Penge "La Salute Mentale in Età evolutiva" Psic. Inf. e Adol. N. 69/2002).

Inoltre, dando per accettato da tutti che, nella storia dei soggetti adulti con patologia psichiatrica, è quasi sempre possibile rintracciare la presenza di eventi traumatici e uno o più problemi psicologici o psicopatologici ad essi collegati, anche nell'impossibilità di stabilire con sicurezza le modalità di relazione tra questi momenti critici e l'eventuale comparsa di un disturbo psichiatrico in età adulta, secondo G. Levi almeno quattro bambini o ragazzi su cento presentano una particolare

accentuazione delle normali crisi evolutive, spesso in presenza o in concomitanza di fattori ambientali sfavorevoli o di eventi stressanti; questa popolazione dovrebbe far parte dell'azione di prevenzione svolta dai servizi di NPI.

Risulterebbe viceversa che, mentre i bambini e ragazzi che appartengono alla prima fascia di problemi sono nella quasi totalità conosciuti e seguiti dai Servizi, per gli altri gruppi di soggetti la percentuale di accesso ai Servizi appare nettamente inferiore e spesso variabile in relazione a fattori socio-culturali ed all'organizzazione dei Servizi.

La distribuzione dei Disturbi Neuropsichiatrici effettivamente seguiti dai servizi per disturbi gravi (tradizionalmente individuabili nella fascia dell'handicap) mostra la prevalenza di disturbi della sfera cognitiva globale e settoriale (che insieme costituiscono il 60% della popolazione seguita) e psicopatologica (quasi un quarto della popolazione seguita).

Sappiamo che la comparsa di un disturbo psichiatrico nella popolazione che ha presentato un problema neuropsichiatrico in età evolutiva oscilla, nelle diverse ricerche longitudinali — retrospettive e prospettive — tra il 30 ed il 70%. Anche l'entità e la tipologia del disturbo psichiatrico appare estremamente variabile, sia in ragione della gravità del disturbo di partenza, sia della sua tipologia

I dati longitudinali disponibili, proposti nel lavoro di Levi, sembrano indicare in ogni caso un effetto «protettivo» dell'avvenuta presa in carico da parte dei Servizi rispetto all'emergenza, ed alla gravità, di disturbi psichiatrici in età adulta.

*....I Servizi per la Salute Mentale in età evolutiva assolvono pertanto un doppio ruolo, di cura nei confronti dei disturbi presenti nel corso di questa fascia d'età, e di prevenzione nei confronti dei disturbi psichiatrici delle età successive e dell'età adulta.*

Gli interventi per la deistituzionalizzazione e l'inserimento scolastico dei minori in situazione di handicap hanno rappresentato l'impulso maggiore allo sviluppo dei servizi di neuropsichiatria infantile, soprattutto a livello territoriale ma, nonostante alla fine degli anni settanta e negli anni ottanta, sia la cultura che la professionalità della disciplina di Neuropsichiatria Infantile si siano ampiamente sviluppate, non è stata colta dagli amministratori e, fatto ancor più grave, dai tecnici, l'importanza della necessità di un maggior rafforzamento della rete per l'assistenza territoriale ed ospedaliera delle attività di neuropsichiatria infantile.

D. Besana delinea le conseguenze di tutto ciò: *"...L'inevitabile risultato è stato che laddove le Strutture di Neuropsichiatria Infantile non sono state in grado di dare immediata risposta a tutte quelle attività diagnostiche terapeutiche che necessitavano di una osservazione e/o un'assistenza continua ed assidua o in tutte quelle situazioni ove le competenze neuropsichiatriche non avevano una forte visibilità o una riconosciuta*

*collocazione «storica» intraospedaliera, le discipline affini hanno occupato gli «spazi» di intervento lasciati liberi o carenti: la Pediatria e la Neurologia per tutte le patologie neurologiche, la Psichiatria per le patologie psichiatriche, quelle acute e/o urgenti principalmente.*

*....È certamente sotto gli occhi di tutti come ben poche siano state e siano le Strutture di N.P.I. che negli anni hanno consolidato, e possono tuttora vantare, una competenza sia neurologica, che psichiatrica, fortemente accreditata e una riconosciuta visibilità «scientifica» sia a livello nazionale che internazionale". ("L'assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva: le U.O.O. di NPI" in Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza n.69/2002)*

La debolezza dei Servizi di NPI è più evidente laddove si prendano in considerazione patologie psichiatriche acute o che necessitano di un ricovero ospedaliero urgente. Raramente questi casi trovano collocazione presso le Strutture di N.P.I. e ciò per vari motivi: inidoneità strutturali, impedimenti logistici, scelte gestionali, confessionali per citarne solo i più comuni.

La gestione delle acuzie psichiatriche, soprattutto in età prepuberale e in adolescenza, così come le gravi crisi depressive con rischio suicidiario o i gravi l'alimentazione, è ampiamente demandata alle strutture psichiatriche.

Un indispensabile ruolo di supplenza ai servizi è stato svolto in questi anni dai Centri di Riabilitazione istituiti ai sensi dell'art.26 della legge di riforma n.833/78; attraverso una articolazione di interventi, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, e residenziali, nonostante numerosi esempi di eccellenza nel campo riabilitativo, esse hanno viceversa svolto e continuano a svolgere, una funzione assistenziale di tipo custodialistico soprattutto nelle aree del centro- sud d'Italia.

L'alto livello di conoscenza e di studi ormai raggiunto sul piano scientifico nel settore della salute mentale in età evolutiva non trova dunque adeguato riscontro e attenzione sul piano della programmazione dei servizi, delle metodologie d'intervento istituzionale.

Occuparsi della prevenzione della malattia mentale degli adulti significa curare presto e bene il disturbo in età evolutiva, significa riconoscere il disagio psicologico prima che si trasformi in disturbo.

Ad oggi gran parte di questi interventi l'utente è costretto a cercarli nel settore privato, che in ogni caso non può affrontare la complessità del disagio psichico e/o dell'handicap e l'intreccio di problematiche cliniche, psicopedagogiche, familiari e sociali che questo disturbo comporta a meno di non proporre facili scorciatoie di stampo istituzionale con il rischio sempre presente di un ritorno a logiche custodialistiche e segreganti.

"La Psychiatrie de l'enfant en Europe"" vol.1 fascicule dal titolo " Bollea G. La psychiatrie de l'enfant "Vol.1 fasc.1 1958.

Discorso per il XXV° Anniversario della fondazione dell'Istituto Sante De Sanctis, De Sanctis C. Roma 1958. U. De Giacomo " Storia dell'Ospedale "S.M. della Pietà" dal 1548 al 1963" in Il Lavoro neuropsichiatrico Roma.

"Evoluzione storica e attualità della Neuropsichiatria Infantile" Bollea G. Infanzia Anormale, 37/1960 pag. 141-163.

"Piano di organizzazione della psichiatria Infantile in Italia" Bollea G. Infanzia Anormale fasc.50 1962.

Atti IV Congresso Nazionale di NPI vol.I " Fisionomia e spazio operativo della NPI oggi in Italia Bollea G. Genova 1971 .

"Gli esclusi e noi" A. Ossicini A. Armando, Roma 1973.

Documento degli operatori dei CMPP dell'ONMI di Roma "Considerazioni sul ruolo del CMPP all'interno dell'unità sanitaria locale" presentato al W° Congresso Nazionale della Società di Neuropsichiatria Infantile, Genova 1970 .

"Bambini in manicomio" pubblicato da Bulzoni Editore nel 1975.

«Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000».

G.Levi, R.Penge "La Salute Mentale in Età evolutiva" *Psic. Inf. e Adol.* N. 69/2002.

D. Besana "L'assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva: le U.O .di NPI" *Psic.Inf. e Adol.* n.69/2002.

M.P. Ferrari, M.I. Sarti " I servizi di NPIA e i rapporti con le Istituzioni" *Psic.Inf. e Adol.* n.69/2002.