

# *Storia della neuropsichiatria infantile in Italia e nel mondo*

*Filippo Calamoneri*

La neuropsichiatria infantile è disciplina relativamente giovane. In Italia le prime Cattedre e le prime Scuole di specializzazione sono state istituite nella seconda metà degli anni 60. Sarebbe quindi sufficientemente facile reperire il materiale utile per ricostruirne la storia. Il materiale così ordinato ci consentirebbe però soltanto di disegnare uno sviluppo delle conoscenze, delle competenze e della organizzazione dei servizi. Cosa più complessa è invece sforzarsi di ricostruire le dinamiche e le interferenze che hanno condotto la neuropsichiatria infantile a strutturarsi come tale, soprattutto se si tiene conto del fatto che il percorso della Neuropsichiatria infantile italiana è assolutamente originale e diverso rispetto a quello di quasi tutti gli altri Paesi in cui si sono definiti due ambiti di ricerca e di intervento, la psichiatria e la neurologia dell'infanzia che hanno percorso strade sufficientemente diverse.

Disegnare una storia significa infatti ricostruire una serie di eventi collegati in maniera in qualche misura deterministica e tali da determinare dei cambiamenti ed interferire con meccanismi di sviluppo culturale e sociale. Per fare questo è necessario individuare un filo rosso che è l'argomento della storia. In questo caso l'argomento della storia è la patologia neurologica e psichiatrica dell'età evolutiva, e questo sembra essere facilmente definito. Il problema è che questo filo rosso è collocato in un contesto e legato allo sviluppo culturale e ad eventi e trasformazioni sociali. Ciò ne rende molto più complessa la definizione soprattutto in una disciplina nella quale il peso delle variabili sociali e l'impegno

sociale che comporta la ricerca e l'intervento sono particolarmente elevati. La neuropsichiatria infantile nasce quindi necessariamente come ambito interdisciplinare e le interferenze degli eventi, le trasformazioni dei modelli sociali e culturali, l'evoluzione delle competenze in vario modo coinvolte costituiscono un elemento fondamentale per la comprensione della sua storia.

In realtà questo ci porta a riflettere in termini generali sulla evoluzione della condizione infantile e sulla maniera con cui essa è stata oggetto di considerazione da parte dell'adulto. È necessario ritornare indietro di molti anni perché le patologie di cui parliamo sono certamente presenti fin dall'inizio dell'evoluzione umana. Bisogna premettere che la nostra storia presterà attenzione prevalentemente a quello che comunemente definiamo il mondo occidentale, nel quale vi è un atteggiamento sostanzialmente omogeneo in tema di definizione e garanzia dei bisogni del bambino. Quando sono compromesse le condizioni essenziali per la sopravvivenza vi è poco spazio per bisogni esistenziali ed emotivi dei minori (ciò vale anche per gli adulti) e di conseguenza vi è poco spazio per lo sviluppo delle discipline neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza, almeno nella forma in cui oggi sono nel nostro contesto concepite. Programmare azioni tendenti ad esportare le nostre conoscenze e le nostre strategie in altri contesti è possibile per gli aspetti strettamente medici (vaccinazioni, prevenzione e trattamento delle malattie, assistenza al parto) ma molto complesso per i modelli culturali che certamente interferiscono con la

valutazione ed il trattamento delle problematiche comportamentali o decisamente psichiatriche. I processi di globalizzazione inducono ad immaginare una società interculturale e la maturazione di valori e modelli di interazione sociale condivisi, ma dobbiamo essere consapevoli del fatto che occorreranno molti anni (secoli?) perché sia possibile scrivere la storia di quello che oggi sembra piuttosto uno scontro tra culture.

È possibile elencare una serie di fattori che debbono essere presi in considerazione. Il primo è certamente costituito dalle variabili strettamente biologiche, igieniche, alimentari e legate alle cure infantili che sono alla base delle condizioni all'interno delle quali lo sviluppo si realizza. È d'obbligo in riferimento a questioni quali quelle della frequenza di patologie della gestazione e del parto, della frequenza degli aborti, della morbilità e della mortalità infantile, delle condizioni di malnutrizione. Strettamente collegati sono comportamenti dell'adulto che dimostrano come sia stato lungo il percorso che ha condotto a pensare ai bambini come portatori di diritti e a rivolgere la nostra attenzione ai loro bisogni. Se l'infanticidio, fino a tempi relativamente recenti, era frequente per motivi economici, come arcaico strumento di limitazione delle nascite (il fatto che riguardasse più spesso le femmine era collegato alla preferenza di figli che costituissero forza lavoro) o per motivi sociali (assieme all'aborto serviva a celare la generazione di figli "irregolari"), esso rappresentava anche uno strumento di selezione naturale, essendo l'abbandono (nella forma più violenta attribuita agli spartani o in quella, più frequente nella nostra popolazione, di privazione delle normali cure dei bambini malformati o che apparivano poco vitali) un fenomeno che ha avuto rilevanza sociale fino a qualche anno fa. Per tali motivi, i bambini "esposti" sono stati di conseguenza per primi oggetto di interventi assistenziali.

È interessante osservare che la consapevolezza dell'elevato rischio di mortalità nella prima infanzia interferiva con i meccanismi di attaccamento al bambino, che si realizzava compiutamente quando era stata superata la prima infanzia. L'analisi ed il ricordo di storie e vicende degli anni passati ci dimostra come la perdita di un bambino chiaramente malformato o comunque non sano veniva percepita con modalità fatalistica, riproponendo un antico comportamento etologico molto simile a quello con cui nel mondo animale la madre abbandona i figli più deboli e presta le migliori attenzioni a quelli più vitali. La progressiva consapevolezza delle modalità con cui le variabili strettamente biologiche interferiscono con lo sviluppo neuropsicomotorio ha condotto alla messa in atto di misure di prevenzione tese a ridurre le condizioni di rischio. Queste procedure hanno, per intenderci, portato alla eradicazione di una serie di patologie relativamente frequenti fino a qual-

che decennio fa (un esempio tra tutte è costituito dalla poliomielite) o ci consentono di gestire senza conseguenze patologie metaboliche, come la fenilchetonuria, o prevedono una buona attenzione alla gestazione, al parto ed alle prime cure del bambino.

Anche l'evoluzione delle conoscenze sulle modalità di trasmissione di malattie genetiche ha condotto ad una più consapevole valutazione dei rischi e le possibilità di diagnosi prenatale hanno consentito di evitare la nascita di bambini ammalati, sia pure al prezzo della difficile e dolorosa decisione di ricorrere all'aborto terapeutico. Come avviene sempre in medicina l'idea che una buona assistenza possa concretizzarsi nella eliminazione delle condizioni di sofferenza si rivela peraltro un'utopia. L'accennato intervento sulle condizioni di gravidanza, del parto e soprattutto le terapie neonatali hanno certamente contribuito a contenere il numero di bambini che avrebbero potuto presentare danni neurologici e quindi compromissione dello sviluppo ma contemporaneamente, favorendo la sopravvivenza di bambini che avevano subito danni non reversibili, ha reso più frequenti altre condizioni consentendo la sopravvivenza di bambini che in effetti sarebbero altrimenti deceduti. Questo meccanismo molto complesso interagisce probabilmente anche con variabili genetiche. È noto che in diverse situazioni in cui si realizza l'aborto spontaneo, si tratta di bambini portatori di anomalie genetiche o collegate alle primissime fasi dello sviluppo embrionale. La loro sopravvivenza modifica i dati epidemiologici, ma probabilmente non riduce il numero di patologie, come ci piacerebbe pensare.

La possibilità di contenere le nascite, sostanzialmente programmandole, legata a fattori economici ma anche ad importanti cambiamenti nell'organizzazione delle famiglie, attiva forti aspettative e fantasie già dal momento del concepimento e rivoluziona i meccanismi di attaccamento nel caso della nascita di un bambino malato, che spesso assume un ruolo privilegiato nel contesto familiare alterandone la dinamica e divenendo il "centro di gravità" relazionale per gli altri membri della famiglia.

Anche la modalità con cui viene valutata e interpretata la nascita di un bambino problematico è profondamente cambiata col maturarsi di una consapevolezza che porta a ricercarne in maniera razionale e scientifica le cause, abbandonando concezioni magiche che pure hanno caratterizzato la nostra cultura fino ancora a qualche decennio fa. Troviamo traccia nella letteratura moderna e contemporanea di queste visioni che attribuiscono eventi simili a colpe od errori dei genitori e della famiglia o ad interferenze esterne che rimandano al pensiero magico. Mi piace ricordare nelle novelle di Pirandello la favola delle donne o delle fate che di notte si avvicinavano ai bambini lasciando loro un segno co-

stituito da una treccina di capelli ingarbugliati che non era possibile liberare. Questi bambini “presi” dalle fate restavano poi imbambolati, scarsamente rispondenti agli stimoli dell’ambiente, avevano scarse capacità di adattamento. Appare chiaro il riferimento ad una concezione magica dell’handicap ricondotto ad una interferenza malefica che poi nelle diverse culture trova ovviamente molteplici espressioni. A questo proposito deve rilevarsi che i sentimenti di colpa sono modificati ma non eliminati dalla maggiore conoscenza, avendo radici non razionali e più profonde. Anche oggi nelle famiglie di bambini con handicap sono frequenti difficili relazioni tra i genitori ed è presente l’idea di un’ingiustizia subita, che sostiene il bisogno di indennizzo e di rivalsa (spesso avanzata in sede giudiziaria).

Un secondo ordine di questioni relative alle trasformazioni della condizione infantile deve essere ricercato nella maniera con cui veniva concepito dall’adulto il mondo mentale del bambino. L’idea di un bambino titolare di diritti è relativamente recente e solo negli ultimi anni giudici minorili hanno utilizzato con frequenza il potere di limitare l’esercizio delle competenze genitoriali nel superiore interesse del bambino. Si presupponeva tradizionalmente che l’adulto fosse naturalmente titolare della capacità di interpretare i suoi bisogni ed i tentativi del bambino di ottenere un ulteriore ascolto ed attenzione venivano repressi come impropri. Era frequente nelle famiglie borghesi che ritenevano di aver provveduto in maniera adeguata alle necessità del bambino l’utilizzazione dell’espressione “che pensieri hai?”. Il mancato riconoscimento dell’esistenza e soprattutto di una evoluzione di un pensiero infantile è stato alla base fino a qualche decennio fa di polemiche in ordine alla valutazione della testimonianza dei minori, specie se vittime di abusi. Si confrontavano la convinzione che in quanto minore non fosse capace di mentire (“la bocca della verità”) e quella che per lo stesso motivo non fosse capace di distinguere fantasia e realtà e dovesse quindi essere considerato testimone incompetente.

La visione del bambino come piccolo uomo incompetente che doveva quindi essere educato ed addestrato ha a lungo guidato atteggiamenti di genitori ed educatori. Si considerava un valore il fatto che il bambino fosse obbediente e si riteneva buon padre e buon educatore quello severo. Una rigida educazione era consigliata anche da medici che hanno scritto sulle cure del bambino. Parkinson (più noto per l’omonimo morbo), nel 1807 raccomandava di non viziarli, altrimenti “si sarebbero resi odiosi da adulti”. Era medico anche Brigham che nel 1832 raccomandava severità ed esercizi fisici per i bambini. Ne derivava un modello educativo necessariamente poco consapevole delle specificità dei bisogni dell’età evolutiva. A seconda dell’appartenen-

za alle diverse classi sociali, era caratterizzato da una risposta ai bisogni essenziali di sopravvivenza e ad un precoce utilizzo nel mondo del lavoro, anche con modalità gravemente improprie per l’età (il tema del lavoro minorile è sostanzialmente ancora attuale) oppure alla garanzia di una condizione agiata ma contemporanea ad una educazione estremamente rigida e rispondente, prima che ai bisogni del bambino, alle attese delle famiglie abbienti o borghesi. Evidentemente entrambi i modelli riconoscevano scarso spazio al mondo dei bambini portatori di disabilità o comunque di problematicità della sfera psichica, nei confronti dei quali si attivavano modalità diverse di abbandono o di costrizione nell’ambito familiare con sostanziale emarginazione rispetto al contesto sociale. Frutto di misteriosi eventi avversi (nella cultura cattolica era comune il riferimento alla “volontà di Dio”), l’esistenza di questi bambini era vissuta dai genitori e dai familiari con sentimenti di colpa e di vergogna. Era quindi frequente che essi in realtà vivessero la loro esperienza chiusi all’interno della famiglia e che fossero limitate anche le loro possibilità di relazione. Gli effetti di questa dinamica erano in realtà mitigati fino agli inizi del secolo precedente dall’esistenza di una serie di contesti e di attività nelle quali potevano trovare facilmente spazio anche persone con ridotte competenze o abilità. In qualche misura il contesto familiare allargato funzionava da contenitore ed occultatore di queste situazioni che finivano con l’aver rilevanza e peso sociale molto limitato.

La progressiva riduzione delle capacità della famiglia di contenere tutte queste situazioni complesse e contemporaneamente l’incremento dei meccanismi di competizione e quindi di maggiori richieste nei confronti del bambino hanno creato condizioni per le quali si rendevano necessari interventi di carattere sociale, che ancora una volta riguardavano sia i bambini con handicap che i bambini provenienti da ambienti socioeconomici che non erano in grado di contenerli ed assisterli. Queste situazioni hanno trovato una prima risposta in istituzioni di tipo assistenziale che erano sostenute da associazioni benefiche o che comunque sorgevano all’interno del privato e nelle quali si è così raccolta una popolazione di bambini problematici. Il primo orfanotrofio fu fondato in Italia dall’Arcivescovo di Milano già nel 787 e accoglieva i bambini abbandonati. In realtà da tempo (e fino ad epoca relativamente recente) era diffusa la consuetudine di “esporre” i piccoli che non trovavano fuori posto nel contesto familiare e sociale, lasciandoli in particolare nei pressi di istituzioni religiose, specie di conventi di suore, anche di clausura (la “ruota” che veniva utilizzata per il necessario scambio di materiale costituiva uno strumento che sembrava utile per garantire contemporaneamente l’anonimato e la sicurezza del bambino). La frequenza di cognomi

come Esposito, Trovato, Trovatello costituisce remota memoria di questa modalità. È in questo contesto che emergono le prime esigenze di comprensione e di gestione di questi bambini. Evidentemente queste esigenze troveranno risposta sulla base di quelle che erano le capacità e le risorse delle discipline che si occupavano di bambini. Le discipline che erano più pronte ad affrontare questa problematica erano certamente le discipline pedagogiche e le discipline mediche.

Frutto dello sviluppo delle competenze mediche sarà la progressiva definizione di alcuni quadri clinici. Impegnati sono stati medici, pediatri e neuropsichiatri. La loro formazione orientò l'ambito di queste ricerche, svolte prevalentemente su bambini istituzionalizzati. In questa fase, in assenza degli strumenti idonei per definire correttamente l'eziologia e le strategie terapeutiche, si affina in modo estremamente significativo la semeiotica fisica e la capacità di descrizione clinica, cominciando ad osservare il decorso e la storia naturale della malattia. È comunemente considerata la "prima descrizione di follia infantile quella del medico John Haslam (1764-1844) che nel 1799 al *Bethlehem Hospital* di Moarfield osserva una bambina di 3 anni e ½ che, dopo una vaccinazione, presentava una regressione dalle precedenti acquisizioni dello sviluppo. Nel 1866 Down descrive la sindrome che quasi 100 anni dopo sarà collegata alla trisomia del cromosoma 21, definendola mongolismo. Questo termine sarà abbandonato in tempi relativamente recenti per effetto delle reazioni a componenti etniche cui peraltro si faceva esplicito riferimento nel lavoro originale. Oggi è universalmente conosciuta con il nome del suo Autore. Per molti anni si ritenne che tutti i disturbi mentali del bambino fossero riconducibili ad un disturbo intellettivo. Ciò nonostante nel 1835 J.C. Prichard (1786-1848) avesse introdotto il concetto di *moral insanity* che apriva la strada alla possibilità di diagnosticare anche nel bambino, come nell'adulto, un disturbo mentale al di là del deficit intellettivo. Nel 1880 viene individuata la sclerosi tuberosa, nel 1887 Tay individua la idiozia amaurotica e nel 1905 Vogt ne individua la forma giovanile. La sindrome di Foerster è del 1909, nel 1907 Dupré descrive la sua sindrome di debilità motoria (già nel 1898 Kraepelin aveva descritto, all'interno delle personalità psicopatiche, forme caratterizzate da instabilità e nel 1933 De Sanctis aveva ristretto l'ambito dell'instabilità all'età infantile e prepuberale) che potrebbe essere considerata un progenitore dell'attuale ADHD. Nel 1905 Sante De Sanctis, in Italia, definì il concetto di "schizofrenia precocissima", poi chiamata anche "schizofrenia infantile", seguito un anno dopo dal pedagogista austriaco Heller ("demenza infantile di Heller").

Tutto il novecento è caratterizzato da una ricerca tesa a individuare nuove sindromi, a definire i crite-

ri per una diagnosi differenziale, a chiarirne la natura alla luce delle progressive scoperte derivanti dallo sviluppo della biochimica e della genetica. Prevalsa l'interesse per l'insufficienza mentale. Per quanto riguarda gli aspetti psichiatrici si deve ricordare che la psichiatria dell'adulto era fortemente influenzata dalla concezione di Kraepelin, che proponeva uno schema di sistematizzazione delle conoscenze sulle malattie mentali e che ha pubblicato nel 1883 il "Compendio" descrivendo le diverse condizioni cliniche con una metodologia fondata sull'osservazione clinica e sulla storia naturale, ipotizzando ordinariamente una etiologia organica pur nell'apertura al ruolo dei fattori sociali. Si trattava di un sistema costruito su materiale clinico che derivava da casistiche manicomiali e che era ovviamente complicato applicare alla psichiatria del bambino. Un buon esempio di questa metodologia è il testo "Clinical pathology in mental retardation" pubblicato da Eastham e Jamcar nel 1968 (Bollea scrive la presentazione all'edizione italiana del 1973). Esso costituisce una sorta di catalogo che raccoglie tutte le informazioni fino ad allora acquisite ed elenca le sindromi descrivendo sinteticamente il quadro clinico, l'eventuale ereditarietà, i reperti clinici di laboratorio, la natura della lesione, fornisce scarse indicazioni sulla terapia, limitatamente alle terapie farmacologiche ed alle indicazioni dietetiche.

Un secondo filone di contributi nasce dall'area pedagogica con un percorso che progressivamente arricchisce quello che più propriamente poteva essere originariamente definito "educazione ed addestramento", puntando sull'osservazione del bambino e sulla valutazione della sua potenzialità di sviluppo e dimostrandosi quindi attento ad elaborare e proporre strategie e stimoli adatti alla sua specificità. Già nel Settecento alcuni Autori avevano intrapreso la strada che, superando la visione del bambino come "piccolo adulto" da istruire o addomesticare, portava a pensarlo attivo nello sviluppo e capace di inscrivere ed elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente (Locke) e confidavano nella sua naturale capacità di giudizio proponendo di preservarlo dal rischio di corruzione propria della società degli adulti (Rousseau). Per questo concetto di "morale naturale" quest'ultimo è stato fortemente criticato ed isolato, ma il suo pensiero ha peraltro influenzato filosofi ed educatori negli anni successivi.

È però nell'Ottocento che viene affrontato il problema dell'educazione dei bambini portatori di handicap (con ritardo mentale ma anche con deficit sensoriali). Di fronte a bambini raccolti in un contesto omogeneo con problematiche simili emerge il bisogno di trovare degli strumenti idonei e diversi da quelli consueti per curare l'apprendimento e lo sviluppo delle relazioni e quindi il bisogno di affinare gli strumenti pedagogici. In realtà

uno dei primi contributi (certamente il più suggestivo) proviene dall'ambito medico. Si tratta dell'esperienza di Itard, che ha lavorato per 5 anni con il bambino "selvaggio", con una grave compromissione dello sviluppo ed assenza del linguaggio, trovato abbandonato nel 1799 nei boschi nei pressi di Parigi. Con un residuo di pensiero magico si ritenne che la sua condizione derivasse dal fatto che era stato allevato in un branco di lupi e quindi da questi aveva egli stesso acquisito comportamenti e competenze. Probabilmente si trattava di un bambino con patologia severa e complessa, il lungo lavoro di Itard pervenne a risultati modesti (il paziente non arrivò ad acquisire il linguaggio) ma stimolò certamente l'interesse del pubblico (molti anni dopo, nel 1970, fu girato un film su questo caso) e degli altri ricercatori.

Diversi autori si sono impegnati a tracciare il percorso che ha condotto dalla mera assistenza alla cura e alla riabilitazione dei minori con ritardo mentale, dedicandosi in modo specifico a sperimentare tecniche che sono state definite di ortopedagogia e poi di pedagogia speciale. Vengono abitualmente citati Pestalozzi (1746-1827), D. Esquirol (1772-1840), Itard (1775-1838), Friedrich W.A. Fröbel (1782-1852), Edward Séguin (1812-1880), Belhomme (1800-1880). È interessante notare come già in questa fase, che forse non è proprio definire gli albori della neuropsichiatria infantile, trattandosi piuttosto della ricostruzione delle condizioni che ne hanno consentito lo sviluppo, interagiscono fin dall'inizio diverse competenze. Tra gli Autori citati sono compresi infatti pedagogisti e medici, a prefigurare l'interdisciplinarietà che sarà poi caratteristica del suo approccio. È interessante ancora rilevare come le conoscenze e le metodologie maturate nel lavoro con bambini problematici si siano rivelate utili nell'educazione di tutti i bambini, ponendo le premesse per innovazioni dell'insegnamento scolastico e soprattutto per le esperienze di integrazione dei bambini con handicap nella scuola normale che caratterizzeranno il secolo successivo.

Allo scopo di sperimentare tecniche adatte alla specificità del disturbo vengono create istituzioni dedicate. Fröbel crea un asilo infantile nel quale utilizza a scopo terapeutico il gioco, valorizzando le potenzialità della stimolazione sensoriale e motoria. Ferrus organizza nel 1828 alla *Bicêtre* una scuola per bambini anormali. Guggenmoos fonda a Salisburgo il primo istituto tedesco per oligofrenici, Falret ne realizza un altro alla *Salpêtrière*. Nel 1852 Hansen crea nello Schleswig i primi istituti speciali per epilettici. Séguin fonda nel 1868 a Parigi una scuola di recupero per insufficienti mentali e successivamente prosegue il suo lavoro in America. Attività simili si diffondono in Europa ed in America.

Dal bisogno di fare (educare, curare, abilitare) scaturiscono due ulteriori spinte alla ricerca nell'ambito dei disturbi mentali del bambino che, come abbiamo no-

tato, nella prima accezione si identificavano sostanzialmente col ritardo mentale, essendo questa la situazione più evidente ed essendo a questa ricondotte tutta una serie di condizioni patologiche che poi hanno trovato diverse definizioni (ciò vale, ad esempio, per l'autismo). La prima spinta deriva dalla necessità di definire e classificare meglio i disturbi utilizzando categorie che fossero più facilmente utilizzabili per l'applicazione di tecniche terapeutiche. A questi fini infatti erano scarsamente utilizzabili le definizioni delle sindromi già citate. Seguin nel suo nel suo trattato "*Traitement moral, hygiène ed education des idiots*" (1846), distingue diversi gradi di compromissione delle funzioni cognitive (idiota, imbecille, debole mentale) che saranno utilizzate fino a qualche decennio fa e che oggi possono apparire rozze, essendo questi termini utilizzati nel linguaggio comune come offensivi, ma che definiscono lucidamente situazioni cui corrispondono diverse possibilità di apprendimento in tema di autosufficienza e di capacità operative. Compaiono i trattati e le riviste e vengono fondate associazioni culturali. Nel 1894 viene pubblicata la rivista tedesca *Die Hilfsschule*, nel 1895 compare il *Journal of Mental Deficiency*, nel 1912 Regis pubblica a Lione *L'Enfance Anormale*, e un'altra rivista con un nome simile, *Enfance Anormale*, viene pubblicata in Belgio, nel 1913 a Chicago esce il *Journal of Psychiatry of Adolescence*. La seconda spinta, che poi contribuirà in maniera determinante a definire il profilo della neuropsichiatria infantile, scaturisce dalla necessità di tener conto dei contesti nei quali si genera e deve essere gestita la situazione di handicap. Essi condizionano le scelte operative che verranno fatte nella cura, che dovrà tendere necessariamente ad adattare il bambino a quel contesto ed in qualche misura a modificare il contesto, producendo o valorizzando gli elementi che questo inserimento renderanno possibile. Ciò significa necessariamente costruire un approccio in cui il primo istinto a definire e classificare, proprio della cultura medica, trovasse completamente in un approccio sociologico ed esistenziale (che sarà definito filosofico e poi progressivamente psicologico). Ciò comporta necessariamente un ampliamento del bagaglio culturale di ricercatori ed operatori. Secondo una visione che trova radici nella tradizione culturale dell'Occidente, a questa esigenza si cercava di dare una risposta individuale. Lo scienziato, l'uomo di cultura, cercava di acquisire tutte le conoscenze che riteneva necessarie. L'analisi dei percorsi culturali dei primi ricercatori che si sono impegnati in questo campo dimostra con evidenza come sia stata sentita questa esigenza e dimostra soprattutto come, nonostante le difficoltà di comunicazione (viaggi, soggiorni all'estero e comunicazioni epistolari si realizzavano con modalità che oggi ci sembrerebbero costituire un ostacolo quasi insormontabile), si sia realizzata una

ricca comunicazione ed un costante confronto tra i Paesi europei e l'America settentrionale.

Alcuni ricercatori perseguirono il riconoscimento formale della complessità della loro formazione. Nel 1898 De Sanctis chiese la libera docenza in psicologia che gli fu riconosciuta dalla commissione ma bloccata dal Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione con la motivazione che essa dovesse essere attribuita ad un filosofo; gli fu riconosciuta dal Ministro dopo alcuni mesi. La Montessori, medico che operava in una struttura dedicata a bambini con ritardo mentale, nel momento in cui si è resa conto che aveva bisogno di affinare le sue competenze per affrontare questa problematica, ha completato i suoi studi non con una specializzazione in pediatria o neuropsichiatria ma con una laurea in filosofia (non esisteva il corso di laurea in psicologia). Si tratta di una figura estremamente significativa nello sviluppo delle conoscenze in quest'ambito. Le viene riconosciuto il ruolo di essere una delle fondatrici della neuropsichiatria infantile (operò con un lungo sodalizio scientifico e personale con Giuseppe Montesano, che fondò la rivista "L'assistenza dei minorenni anormali" e creò la prima classe differenziale in Italia). Alla Montessori viene anche riconosciuto dai pedagogisti il merito di aver fondato la pedagogia speciale. Essa ha creato un metodo didattico che porta il suo nome e che fu per alcuni decenni diffusamente adottato, dimostrando che esso era utile non soltanto se applicato ai bambini subnormali ma in modo più generale facilitava l'apprendimento valorizzando la creatività del bambino.

Dall'inizio del novecento si realizzano trasformazioni sociali che modificano in modo importante l'ambito della neuropsichiatria infantile, o meglio di quella che diventerà la neuropsichiatria infantile, allargando il campo prima sostanzialmente limitato al ritardo mentale e inserendo tutta una serie di condizioni che prima non erano considerate di interesse neuropsichiatrico. Alcune di queste trasformazioni sociali importanti assumeranno aspetti diversi in contesti diversi. In America assumerà interesse prevalente la devianza minorile, in Italia l'inserimento e l'attuazione dell'obbligo scolastico attiverà l'attenzione sui problemi cognitivi. A queste esigenze tenderanno di dare risposta in America le Child Guidance Clinics, in Italia le equipe medico psicopedagogiche.

Non va sottovalutato il cambiamento dell'atteggiamento educativo dei genitori che porterà a prestare diversa attenzione a comportamenti che una volta erano oggetto di interventi semplicemente repressivi e cui i genitori guardano con occhi diversi, a volte con sentimenti di colpa. È stato forse sopravvalutato il ruolo della psicanalisi in ordine a quest'ultimi. In realtà la diffusione e il dibattito sulla migliore modalità di educazione e di cure al bambino ha generato una sorta di

sentimento di incompetenza nelle madri che le ha rese molto più sensibili e soprattutto più disponibili a rivolgersi al medico per chiedere un intervento di sostegno psichiatrico. Comunque l'originario interesse per il ritardo mentale è stato allargato, realizzando un bacino d'utenza molto più ampio. Ad esempio i disturbi del comportamento alimentare, del controllo degli sfinteri, le paure, l'irrequietezza, tutte situazioni che si riteneva di dover correggere con modalità anche rigorose, sono state progressivamente considerate espressione di un disagio che doveva essere compreso e per il quale era necessario prevedere un intervento adeguato.

### LO SVILUPPO DELLA DISCIPLINA

Vengono pubblicati trattati che propongono una sistematizzazione della patologia psichiatrica del bambino, come si va in questo processo definendo. Citiamo quelli di De Sanctis (Neuropsichiatria infantile, 1925), Kanner (Child Psychiatry, 1935), Lutz (Finder Psychiatrie, 1961), Miller (Foundations of Child Psychiatry), Rutter (Child Psychiatry, 1977), Ajuriaguerra (Manuel de Psychiatrie de l'Enfant, 1979). In vario modo tutti questi Autori partono dall'analisi dello sviluppo infantile, cercano una sintesi tra una prospettiva neurobiologica e l'approccio psicodinamico, danno soprattutto ampio spazio all'influenza del contesto familiare e sociale cui dedicano specifici capitoli. Pur definendosi testi di psichiatria, comprendono ampi riferimenti a patologie più precisamente neurologiche (nello stesso periodo nel 1937 Ford pubblica "Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence", con contenuto decisamente ed esclusivamente limitato alla neurologia infantile). È interessante evidenziare che De Sanctis già 1925 titola il suo testo "Neuropsichiatria infantile" e pubblica come prefazione una relazione tenuta nel 1922 al Congresso Nazionale di Freniatria nel quale si prefigura una specializzazione in neuropsichiatria infantile utilizzando il termine "pedopsichiatria", definendone la dimensione biologica e psicosociale, e proponendo un approccio fondato sul lavoro d'equipe. Anticipa in questo modo il percorso che condurrà alla specialità italiana.

In Italia la rivista "Infanzia Anormale" era stata fondata nel 1907. I primi direttori furono Sante De Sanctis ed Eugenio Medea; fu sospesa nel 1930 e riprese le pubblicazioni nel 1953 per iniziativa del Comitato Italiano di Psichiatria Infantile della SIP. Nonostante il nome della rivista non fosse rispondente al profilo della psichiatria infantile che si era in quegli anni delineato, si decise di mantenerlo immutato come segno di continuità. Nel 1984 prese il nome di "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza". La società scientifica pubblicò una

sua rivista, il “Giornale di Neuropsichiatria dell’età evolutiva”. Le due riviste ebbero scarsa diffusione, limitata ai soci ed agli operatori dei servizi italiani. Il conseguente scarso rilievo internazionale, con un circuito vizioso, ha determinato una riduzione del numero e in sostanza anche del rilievo dei lavori proposti per la pubblicazione. La stessa sorte avranno anche prestigiose riviste di lingua francese (ricordiamo “La Psychiatrie de l’Enfant”). In atto le riviste di maggiore prestigio (in sostanza quelle cui viene riconosciuto un maggior valore di impact factor e che, con un curioso neologismo, sono comunemente definite “impattate”) sono quelle anglosassoni (o comunque pubblicate in lingua inglese). Ricordiamo alcuni titoli: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Developmental Medicine, Child Neurology, Journal of Abnormal Child Psychology. Con lo stesso meccanismo, molti Autori preferiscono pubblicare su riviste riconducibili alle discipline di base (genetica, biologia molecolare, farmacologia).

Si costituiscono società scientifiche. Nel 1925 Meade a Milano fonda la Pro Infanzia Anormale (PIA), che ha per scopo la diffusione della igiene mentale infantile, nel 1952 fu fondata l’American Academy of Child Psychiatry, nel 1954 G. Heuyer e M. Tramer fondano l’Unione Europea dei Pedopsichiatri. Nel 1948, al Congresso di Venezia della Società Italiana di Psichiatria, viene istituito il Comitato Italiano di Psichiatria Infantile, con Carlo De Sanctis come presidente e Giovanni Bollea come segretario generale.

Bollea si impegna a livello internazionale per il riconoscimento dell’identità e dell’autonomia della disciplina. Nel 1958 viene eletto vicepresidente dell’Associazione Internazionale di Psichiatria Infantile e nel 1960 viene eletto presidente del Comitato Europeo di Psichiatria Infantile. In Italia, da una costola della Società Italiana di Psichiatria, nasce la Società di Neuropsichiatria Infantile di cui Bollea fu il primo presidente. Si scelse di chiamare così la società, utilizzando la dizione che per primo impiegò De Sanctis e che ancora oggi è adottata in Italia nel mondo accademico e nei servizi sanitari. Nel 1997 si decise di cambiare il nome della società in “Società di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza” intendendo confermare l’inscindibile legame tra aspetti neurologici e psichiatrici, esplicitando l’attenzione per il mondo adolescenziale.

La prima cattedra di Psichiatria Infantile è affidata nel 1918 a Lanfranco Ciampi, allievo di De Sanctis a Rosario (Argentina). Negli anni successivi, altre cattedre sono attivate in diverse sedi (Praga, Mosca e Leningrado). In Italia nel 1956 vengono assegnate le prime libere docenze in Neuropsichiatria infantile e nel 1959 sono istituite le prime Scuole di specializzazione (Roma, Genova, Pisa). Il primo concorso per cattedre

di ruolo fu bandito dall’Università di Messina nel 1963 ed i vincitori furono chiamati dall’Università di Messina (De Franco) e dall’Università di Roma (Bollea). Progressivamente la disciplina è stata attivata nelle università italiane. A ricoprirle saranno chiamati soprattutto docenti di formazione psichiatrica, ma anche alcuni pediatri. La disciplina nasce quindi sul confine di due aree (neurologica e psichiatrica), che sceglie di mantenere unite a dispetto del diverso percorso imboccato in quasi tutti gli altri Paesi, e di una terza, quella pediatrica, che potrebbe contenerla se si considerasse prevalente il criterio suggerito dall’età dei pazienti. Deve essere ricordato che quando negli anni 70 la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali, che costituiva il modello accademico cui la Neuropsichiatria infantile, fece inizialmente riferimento si scisse optando per l’autonomia della Clinica Neurologica e della Clinica Psichiatrica i docenti di Neuropsichiatria infantile difesero l’unità della loro disciplina con una forte motivazione teorica, ribadendo l’impossibilità di separare, se si ponevano come prospettiva centrale le dinamiche dello sviluppo, gli aspetti neurobiologici e quelli psicosociali. La caratteristica di disciplina di confine è stata comunque sempre presente nella storia della Neuropsichiatria infantile, poiché docenti e ricercatori dell’aria pediatrica, ed in misura minore di quella neurologica e psichiatrica, si occupano con risultati anche significativi di tematiche che la riguardano e possono quindi aspirare a riconoscimenti accademici. Alcuni pediatri hanno assunto una posizione più radicale, assumendo iniziative tese a sollecitare un adeguamento alle posizioni europee e quindi una separazione tra le competenze psichiatriche e quelle neurologiche, che ritenevano dovessero rientrare in ambito pediatrico. Nel 1972 nacque la Società Italiana di Elettroencefalografia Pediatrica e nel 1976 fu fondata una Società Italiana di Neuropsichiatria, che nel 2004 assunse la denominazione Società Italiana di Neurologia Pediatrica.

L’attuale ordinamento, superando l’antica distinzione tra materie fondamentali e insegnamenti complementari, mantiene le cattedre di Neuropsichiatria infantile e la relativa specializzazione ma prevede che nozioni di neuropsichiatria infantile siano impartite all’interno del corso di discipline pediatriche. Bisogna infine ricordare che l’insegnamento della Neuropsichiatria infantile è previsto nei Corsi di laurea di Psicologia e di Pedagogia (oggi ridefinita Scienze dell’educazione), con l’istituzione di posti di ruolo in diverse Università (Roma, Messina, Palermo, Napoli, Torino).

### **L’organizzazione dei servizi**

Fin dagli inizi del 900 si realizzarono strutture rivolte all’assistenza ed alla cura dei minori con problemi neuropsichiatrici. In assenza di un progetto organico si

realizzano in modo irregolare e sono collegati prevalentemente alle cliniche neuropsichiatriche. Nel 1915 si apre a Milano l'*Istituto Medico-Pedagogico Treves*, chiamato poi "Treves-De Sanctis"; nel 1930 a Roma (De Sanctis) e a Genova (Cerletti) si inaugurano i primi reparti infantili. Si diffondono le classi differenziali e sorgono vari Istituti medico-pedagogici (IMPP) a Milano, Venezia, Roma, Firenze, Salerno. Si deve poi ricordare che negli ospedali psichiatrici (i vecchi manicomi) esistevano reparti che ricoveravano minori in genere con gravi disturbi, che venivano sottoposti alla rigida logica di custodia e contenimento. Nel corso della prima legislatura del dopoguerra fu nominata una commissione parlamentare per una valutazione di queste strutture. Il senatore Ossicini, psicologo, che la presiedeva formulò una relazione durissima, definendo inumane le condizioni dei ricoverati e chiedendo una profonda riforma della legislazione. Egli criticò in particolare il fatto che, essendo la materia regolata dalla legge 109/1904, i minori, come gli adulti, venissero ricoverati a seguito di un giudizio di pericolosità che appariva inaccettabile, trattandosi, nel caso dei minori, piuttosto di una condizione di abbandono. La relazione non ebbe alcun effetto, se si esclude quello di una generica denuncia e di una sensibilizzazione degli addetti ai lavori. Si dovette aspettare la legge 180/79, la cosiddetta legge "Basaglia", perché si disponesse la chiusura degli ospedali psichiatrici attivando un percorso che fu lungo e tortuoso, non essendo stati tempestivamente ed adeguatamente realizzati gli interventi alternativi che la stessa Legge indicava. Di fatto ancora ora la Legge Basaglia è nell'opinione popolare nota come la legge che obbliga a inibire un modello di assistenza, piuttosto che come un progetto di una diversa gestione della malattia mentale.

Già nel primo dopoguerra si operò comunque per la realizzazione di una rete assistenziale per i minori con disturbi mentali finalizzata al trattamento, diffusa nel territorio e quindi facilmente accessibile a tutti gli utenti. Una prima risposta consistette nella realizzazione di Consultori medico psicopedagogici. Nel 1947 l'ONMI si assunse l'impegno di attivare i primi consultori e di istituire una rete che coprisse il territorio nazionale. I primi consultori furono realizzati a Roma (con Bollea, Bartoleschi, Ossicini, Traversa) e Milano (con Berrini e Porta).

A conferma dello stretto rapporto esistente tra le modalità con cui la disciplina si è definita e organizzata e le situazioni di contesto sociale, politico ed economico specifiche di ogni Paese, è interessante notare che lo sviluppo delle attività delle équipe medico-psicopedagogiche in Italia è collegato strettamente ad una politica delle regimi fascista che nulla aveva a che fare con i problemi psichiatrici o neurologici del bambino. Esse nascono infatti all'interno dell'Opera Nazionale Mater-

nità ed Infanzia (ONMI) voluta dal regime fascista nel 1925 come struttura di sostegno per una politica demografica finalizzata a realizzare un incremento della popolazione che rafforzasse il peso politico dell'Italia negli equilibri internazionali dell'epoca. All'Opera erano stati affidati compiti di sostegno alla maternità che integravano i vantaggi economici previsti dal regime con assistenza medica ed educativa. Lo stretto rapporto che legava questa istituzione al passato regime fece sorgere voci che ne chiedevano l'immediata abolizione. Si dovette però prendere atto del fatto che essa aveva creato un sistema di assistenza che suppliva alle carenze dei servizi pubblici. L'ONMI venne sciolta nel 1975 nel momento in cui fu evidente che i suoi servizi costituivano un doppio rispetto a quelli pubblici che si stavano progressivamente realizzando.

Si realizzò contemporaneamente una rete di Istituti Medico-psicopedagogici sulla base della convinzione che il trattamento dei minori con disturbi mentali e l'istituzionalizzazione fossero naturalmente legati. Venne emanata una norma che prevedeva la possibilità di ricoverare minori non pericolosi per finalità terapeutiche attribuendo la competenza (e l'onere) alle Amministrazioni provinciali (come per i manicomi). Questa scelta esprimeva l'idea allora dominante che la dimensione assistenziale prevalesse sull'obiettivo terapeutico. Alle Province vennero attribuite le competenze anche per le strutture ambulatoriali, definite Centri di Igiene Mentale (vennero istituiti anche quelli infantili).

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (legge 833/78) si realizzerà una riorganizzazione fondata sulla sinergia tra strutture ospedaliere e servizi territoriali. Le prime prevedevano reparti con degenza, cui erano affidate la gestione delle situazioni di urgenza, i percorsi diagnostici che richiedevano osservazioni prolungate o indagini strumentali e l'avvio degli interventi terapeutici per valutarne l'efficienza prima di rinviarli alla gestione ambulatoriale delle stesse strutture o affidarli ai servizi territoriali, ai quali è affidata la valutazione e la gestione delle situazioni cliniche che non abbisognano di ricovero ed il raccordo con gli altri servizi (scuole, tribunali, consultori familiari, ecc). Questo modello costituisce in qualche misura un'altra specificità italiana, perché discende dalla scelta di garantire, come servizio pubblico, quello che in altri Paesi è privato e coperto con garanzie assicurative. L'interazione della Neuropsichiatria infantile con altre istituzioni che si occupavano di minori ha contribuito allo sviluppo di una politica globalmente più attenta e più efficace nella individuazione dei loro bisogni. Il percorso della neuropsichiatria infantile è stato in primo luogo inscindibilmente legato allo sviluppo delle istituzioni scolastiche ed alla progressiva consapevolezza che esse dovessero trovare soluzioni che prevedessero l'estensione



dell'azione dell'attività educativa anche ai bambini con difficoltà di apprendimento o problemi comportamentali. La scuola si è così definita interlocutore privilegiato dell'intervento della neuropsichiatria infantile anche per le sue caratteristiche di contesto in cui più facilmente venivano evidenziati problemi sottovalutati nel contesto familiare.

Il ruolo assunto dalla scuola è strettamente correlato alla scelta politica di istituire una scuola pubblica ponendone il costo a carico dello stato e sancendo l'obbligo della frequenza. L'obbligo scolastico fu stabilito per legge nel 1877, limitatamente al primo triennio, poi esteso nel 1904 a tutto il ciclo delle elementari, ampliato nel 1962 alle medie e comunque a 14 anni (il principio era contenuto già nella riforma Gentile del 1923, ma trovò piena applicazione solo dopo la revisione dell'ordinamento scolastico effettuata in quell'anno), fu infine fissato a 16 anni nel 2007, armonizzandolo ai limiti già posti per contrastare il lavoro minorile. L'applicazione di queste norme richiese, in primo luogo, campagne tese a contrastare l'evasione dall'obbligo, fenomeno per lungo tempo diffuso e sostanzialmente tollerato. Anche per effetto di queste iniziative emersero e furono riconosciute come problema sociale le situazioni di mancata scolarizzazione o di abbandono di bambini che presentavano handicap o difficoltà di apprendimento. Sulla base dell'orientamento in quegli anni prevalente, che prevedeva la creazione di gruppi omogenei per l'utilizzazione di tecniche di apprendimento specifiche, sono state istituite classi differenziali e scuole speciali.

La legge 1859 del 31 dicembre 1962 prevede che "possono essere istituite classi differenziali per gli alunni disadattati scolastici" ed il DPR 1518 del 22 dicembre 1967 precisa che "soggetti che presentano anomalie o anormalità somato-psichiche che non consentono la regolare frequenza nelle scuole comuni e che abbisognano di particolare trattamento e assistenza medico didattica sono indirizzati alle scuole speciali. I soggetti poco dotati intellettualmente non gravi, disadattati ambientali, o soggetti con anomalie del comportamento, per i quali possa prevedersi il reinserimento nella scuola comune sono indirizzati alle classi differenziali". Dobbiamo comunque ricordare che esperienze di insegnamento in classi speciali erano state effettuate in diversi Paesi, anche in assenza di una organica programmazione, già fin dalla fine dell'Ottocento. In questa fase i neuropsichiatri infantili (le équipe medico-psicopedagogiche erano già da tempo attive) sono stati impegnati con compiti in primo luogo diagnostici, richiedendosi una loro certificazione come condizione necessaria per la composizione delle classi. Quella tra scuola e neuropsichiatria infantile si è rivelata peraltro una interazione molto più ricca, facilitando una relazione capace

di diffondere la conoscenza dei servizi, di incrementare l'attenzione e la sensibilità dei genitori, di consentire agli operatori di acquisire una maggiore conoscenza del territorio.

Il modello costituito dal sistema di classi speciali e differenziali e dagli IMPP, fondato sul presupposto che i minori con problemi non potessero essere inseriti nelle strutture normali ed avessero necessità di scuole specificamente dedicate, viene fortemente contestato negli anni 70 anche per effetto di quel complesso movimento culturale e politico che viene comunemente chiamato "sessantotto" con riferimento all'anno in cui si è concretizzato in diffuse manifestazioni giovanili di contestazione rivolte in particolare al sistema politico, scolastico e sanitario, di cui venivano contestate strategie che favorivano emarginazione e segregazione. La cultura dei neuropsichiatri infantili conteneva, come abbiamo visto, una forte attenzione alle questioni sociali ed in Italia molti dei "padri fondatori" erano politicamente impegnati. Ricordiamo che la Berrini e la Balconi avevano partecipato alla lotta partigiana e che Bollea era attivamente impegnato nel Partito Comunista Italiano (restituì la tessera dopo i fatti di Ungheria, ma restò sempre vicino al partito). Si realizzò un forte impegno per una modifica di questo modello e per la gestione dei bambini con problemi, riducendo la istituzionalizzazione e sperimentando modelli di integrazione. Bollea fece pesare a questo proposito l'autorevolezza personale e della disciplina ed in un suo articolo scrisse esplicitamente che l'integrazione era "scientificamente possibile". Poiché comunque il percorso di integrazione non poteva ignorare la necessità di garantire modalità di insegnamento individualizzato ed interventi sulle aree di problematicità (motorie, cognitive e comportamentali) del bambino, divenne evidente la necessità di una rete di servizi di riabilitazione distribuiti nel territorio e si individuò una figura di docente che potesse affiancare gli insegnanti nelle classi in cui sono inseriti bambini portatori di handicap. La legge 517/77 ha istituito un ruolo di "insegnanti di sostegno" e definito un apposito corso di formazione post-laurea. Si tratta comunque di questioni sulle quali è in atto un dibattito che riguarda il percorso formativo, l'impegno orario, l'interazione tra insegnanti curricolari e di sostegno e le stesse modalità operative che oggi sono individuate nella formulazione e nella verifica periodica di un Progetto Educativo Individualizzato (PEI).

Un'ultima annotazione in tema di organizzazione dei servizi va fatta a proposito dei rapporti con le istituzioni giudiziarie (Tribunali e Carceri minorili) e più in generale dell'impegno nell'ambito della delinquenza minorile e del disadattamento sociale. Abbiamo già accennato al fatto che in America questi fenomeni, per la rapidità dell'industrializzazione e quindi dell'urbanizzazione,

come pure per la forte immigrazione interna, erano molto diffusi e determinavano un forte allarme sociale. Il *Child Guidance Movement* si è sviluppato operando soprattutto nel disadattamento infantile e nei comportamenti antisociali, con una particolare attenzione per gli interventi preventivi e per quelli tesi a favorire il reinserimento dei minori, o comunque dei giovani, nel contesto sociale. In Italia negli anni Trenta Di Tullio creò il *Centro per lo studio della criminologia minorile* e si adoperò per l'attivazione di *Consultori di pedagogia emendativa* presso i Tribunali per minorenni. Le diverse condizioni sociali, la scarsa rilevanza del fenomeno delle bande minorili, la contenuta gravità dei reati commessi dai minori ed in sostanza la scarsa disponibilità del nostro sistema giudiziario ad investire sulla efficacia rieducativa della pena hanno indotto i giudici minorili a puntare piuttosto sul potere deterrente del timore della pena, limitando le sentenze di condanna ed utilizzando ampiamente, specie in occasione di un giudizio per un primo reato, gli strumenti che il codice metteva a loro disposizione (perdono giudiziale e valutazione della non raggiunta capacità di intendere, ex art. 98 CP).

Negli ultimi decenni sono emerse nuove situazioni che richiedono valutazioni ed interventi di ordine psichiatrico o psicologico: conflittualità relativa all'affidamento dei minori in seguito a divorzio, adozioni, situazioni di rischio in caso di disgregazione o sofferenza dei nuclei familiari, emersione di problematiche di abuso o maltrattamento. In queste situazioni i giudici possono rivolgersi ad una gamma di servizi: oltre a quelli territoriali di Neuropsichiatria infantile possono rivolgersi ai Servizi sociali degli enti locali o delle Aziende sanitarie o ai Consultori familiari o, nel caso di minori, ma anche di genitori detenuti, ai Servizi sociali presenti negli istituti di pena. Possono anche rivolgersi a singoli professionisti richiedendo CTU. Spesso queste istituzioni sono collegate da protocolli d'intesa che variano e definiscono percorsi e competenze diverse in relazione alle diverse problematiche. Tutto ciò rende comprensibile lo scarso interesse dei neuropsichiatri infantili per la psichiatria forense, che li vede certamente coinvolti solo quando si debba valutare la non imputabilità ai sensi dell'art. 89 CP o diagnosticare e trattare disturbi decisamente psichiatrici all'origine o conseguenza di questi fatti.

### **La questione della nosografia**

I trattati di Neuropsichiatria condividevano un impianto che comprendeva le principali sindromi la cui definizione poteva essere in qualche modo mutuata dalla psichiatria dell'adulto (ritardo mentale, nevrosi, psicosi), raggruppavano i disturbi che erano più specificamente del bambino con uno schema fondato sulle funzioni compromesse (disturbi del linguaggio, del sonno, del comportamento alimentare ...). Nella pratica cli-

nica prevaleva un atteggiamento antinosografico, che trovava radici culturali nella forte influenza dell'approccio psicanalitico (che induceva a ricercare e valorizzare il significato del sintomo e spingeva a leggerlo all'interno della storia del bambino), ma anche in una componente che oggi definiremmo "ideologica" e cui guarderemmo con sospetto (ma l'ideologia non è altro che un modello teorico che serve a formulare giudizi e a indirizzare le nostre scelte, sì che potrebbe essere considerato "ideologico" anche il rifiuto delle ideologie). Si riteneva che l'adozione di rigidi modelli diagnostici potesse costituire un ostacolo nella comunicazione e nel coinvolgimento della famiglia e degli altri operatori (in particolare scolastici) e si temeva che la proposta di una formula diagnostica, ancorché corretta, potesse distogliere dalla comprensione delle variabili individuali necessarie per la condivisione di un progetto terapeutico. Bisogna ricordare che negli anni 70 era attivo tra gli psichiatri dell'adulto un movimento (Psichiatria Democratica) al quale guardavano con interesse molti neuropsichiatri infantili e per il quale "etichettatura" ed emarginazione erano anelli di una stessa catena. Si preferivano diagnosi discorsive che sintetizzavano sintomatologia, aspetti della personalità e condizioni ambientali rilevanti.

Ancorché utile nella pratica clinica, questa modalità, che finiva col risentire molto della formazione e degli orientamenti del singolo neuropsichiatra, presentava due grossi limiti. Rendeva se non impossibili almeno scarsamente attendibili le indagini epidemiologiche, ma rendeva soprattutto difficoltosa la raccolta di casistiche sufficientemente numerose ed omogenee richiesta per la produzione di studi che non si limitassero a riflessioni teoriche su casi clinici proposti con modalità aneddotica, ma che rispondessero a criteri universalmente considerati scientifici. A questo scopo serviva un sistema nosografico condivisibile indipendentemente dai diversi orientamenti, quindi indifferente ai meccanismi psicopatologici che dai vari orientamenti derivano. Un sistema con queste caratteristiche poteva essere costruito solo partendo da raggruppamenti di sintomi.

L'ICD, International Classification of Diseases (in particolare International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) è in sostanza una elaborazione di uno strumento statistico per la rilevazione delle cause di morte approntato nel 1893, integrato con le cause di morbilità ed approvato dall'OMS nel 1948, quindi sottoposto a varie revisioni (è giunto oggi alla decima). È stato molto utilizzato anche perché su di esso è stato costruito il sistema dei DRG (Diagnosis-Related Group), in Italia ROD (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi), sui quali è stato basato il calcolo delle prestazioni sanitarie e la relativa retribuzione.

Nel 1952 l'American Psychiatric Association preparò il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders) che nella prima edizione non comprendeva le patologie dell'età evolutiva ad esclusione del ritardo mentale. Il DSM non è una classificazione delle malattie ma, come indica il titolo, piuttosto un manuale che definisce un percorso per giungere ad una diagnosi utilizzando un elenco dei sintomi caratteristici del disturbo e definendo criteri di inclusione (numero di sintomi che la legittimano) e criteri di esclusione (sostanzialmente di diagnosi differenziale). Esso non ha avuto un'accoglienza entusiastica in Italia. La prima traduzione fu pubblicata a cura di Guaraldi e Caffo nel 1983, la sua utilizzazione è particolarmente difficile in età evolutiva (i disturbi di questa età sono stati nelle edizioni successive raggruppati in una sezione dedicata) entrando la schematizzazione e la semplificazione in conflitto col paradigma della complessità proprio della tradizione della neuropsichiatria infantile in Italia e per la tentazione di ricorrere a diagnosi di comorbidità che sono improprie quando si tratta non di coincidenze ma di specifici percorsi evolutivi.

### **il modello teorico e metodologico**

Punto di svolta che trasforma un ambito disciplinare in una disciplina si può individuare nel percorso che nella seconda metà del novecento ha condotto a definirne concettualmente e organizzativamente la metodologia. Possiamo partire per chiarire questo aspetto dalle parole che ha usato Bollea nella lezione introduttiva al corso tenuta nel 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 di una moderna impostazione metodologica per lo studio di ogni caso clinico durante l'età evolutiva". È presente in questa definizione il concetto di sviluppo e della molteplicità dei fattori che lo condizionano. Ne consegue la interdisciplinarietà, che sarà la necessaria espressione sul piano organizzativo. È implicita la motivazione della scelta di tenere uniti gli ambiti neurologico e psichiatrico essendo nello sviluppo del bambino la componente neurobiologica e quella più propriamente psicologica inscindibili, si che è necessario prestare attenzione agli aspetti psicologici anche di fronte a patologie evidentemente espressione di danno neurologico. La complessità delle competenze necessariamente coinvolte si concretizza nella integrazione dell'apporto di diversi professionisti e si arriva alla definizione del lavoro di équipe, nel quale l'interdisciplinarietà diventa essa stessa metodo e operatori con diversa competenza sono portati a interagire in maniera organica. Si tratta di un modello che era stato già intuito e sperimentato

in vari Paesi, in particolare negli Stati Uniti dove, agli inizi del secolo, veniva proposto da William Healy che fondò a Chicago un istituto per la cura psichiatrica dei minori, il *Juvenile Psychopathic Institute*. Inoltre era stato adottato nelle *Child Guidance Clinics* che operavano nella scuola e nella gestione delle problematiche legate alla delinquenza minorile ed in generale del disadattamento sociale. In Italia, era stato già proposto da De Sanctis nella già citata relazione che pone come prefazione al suo testo. Nel momento in cui Bollea teneva la sua lezione esisteva già una rete di consultori che operavano sostanzialmente con questa metodologia. Lo stesso Bollea ne aveva diretto, circa un decennio prima, uno istituito dall'ONMI. Ciò non toglie nulla al valore della lucida esposizione proposta al momento in cui alla disciplina si riconosceva uno spazio accademico.

Convinto assertore del fatto che la neuropsichiatria infantile dovesse svilupparsi secondo il paradigma della complessità, Bollea la definisce disciplina umanistica e ne paventa la scientificizzazione, consapevole che obbligherà ad operare nella direzione della semplificazione. Piace ricordare che la consapevolezza che l'intervento terapeutico non può essere esclusivamente medico, ma deve essere contemporaneamente educativo, estendersi al familiare, nonché comprendere il contesto sociale sia allo scopo di acquisire dati precisi sull'origine e sulla natura del disturbo che per valorizzare le risorse dell'ambiente e delle istituzioni non esclusivamente mediche, ha portato in Italia, nel linguaggio comunemente utilizzato nei servizi, a definire questo progetto con il termine di "presa in carico". Questo contiene contemporaneamente l'assunzione di responsabilità e la previsione della lunga durata dell'intervento, che dovrà essere adattato alle esigenze che saranno proprie delle diverse fasi di sviluppo del bambino, ma anche il variare del contesto sociale.

Il lavoro di équipe prevede che essa sia costituita dal medico, dallo psicologo e dall'assistente sociale. Nelle parole di Bollea (1960), nella équipe, guidata dal neuropsichiatra infantile, deve vigere paradossalmente una sorta di "gerarchia orizzontale" in cui cioè i vari punti di vista vanno considerati alla pari degli altri per la specificità e la complementarità degli apporti che possono fornire per la comprensione dei diversi quadri clinici e per il contributo che possono dare alla programmazione ed alla gestione del progetto terapeutico. Si deve tenere conto del fatto che queste figure professionali quando iniziarono ad operare le prime équipe non erano ancora chiaramente definite. Non esistevano le Scuole di specializzazione ed il ruolo medico era affidato a psichiatri o pediatri o ancora semplicemente a medici generici. La psicologia trovava le sue radici prevalentemente all'interno degli studi filosofici. Fino agli

anni 80, gli insegnamenti di psicologia erano gestiti da medici o da filosofi e molti medici percorrevano una parte del loro curriculum all'interno della psicologia per poi passare alla psichiatria o per acquisire riconoscimenti accademici in ambito psichiatrico. Bisognerà attendere la legge 56/89 perchè siano chiaramente definiti i requisiti necessari per esercitare la professione di psicologo, che, come previsto per i medici, sarà riservata ai laureati in psicologia previo superamento di un esame di abilitazione. Le norme transitorie consentiranno necessariamente l'iscrizione all'albo a tutti coloro (laureati in medicina, psicologia, filosofia, pedagogia) in grado di dimostrare di avere con continuità esercitato la professione di psicologo. L'assistente sociale (figura che si era progressivamente definita in America con competenze anche terapeutiche) riceveva la sua formazione da corsi eterogenei gestiti da diversi enti ed istituzioni. Solo dopo l'istituzione di corsi di laurea triennali saranno istituiti corsi universitari.

## L'APPORTO DELLE ALTRE DISCIPLINE

Così ridefinito l'ambito e la metodologia, la disciplina si sviluppa raffinando le prospettive di ricerca ma soprattutto le modalità di intervento (tutte le osservazioni fin qui svolte dimostrano che è stata fin dall'inizio disciplina clinica finalizzata alla comprensione e alla terapia). Nel suo sviluppo confluiranno saperi e interferiranno trasformazioni che, in considerazione della solidità dell'impianto teorico e metodologico che abbiamo tentato di sintetizzare, sarà capace di far propri senza perdere la sua identità. Appare preferibile analizzare separatamente anche al prezzo di rinunciare ad una precisa cronologia.

### *La diagnostica strumentale e di laboratorio*

Lo sviluppo di tecniche di indagine strumentali ha dato un notevole impulso allo sviluppo della disciplina. Quelle di laboratorio, inizialmente biochimiche e poi di biologia molecolare, hanno rivoluzionato le potenzialità degli studi genetici, inizialmente limitate all'approccio clinico. L'annuario Orphanet Italia curato da Dallapiccola dal 2005 definisce 1500 malattie rare fino a quel momento individuate (ovviamente non tutte con sintomatologia neuropsichiatrica). Gli studi neurofisiologici con la messa a punto di tecniche elettroencefalografiche (1929) hanno rapidamente, dall'iniziale finalizzazione sperimentale, acquisito un valore clinico consentendo di documentare la maturazione dell'attività elettrica cerebrale e soprattutto di correlare alcuni patterns con quadri clinici già noti, in particolare con le manifestazioni epilettiche. Anche lo sviluppo delle tecniche di diagnostica per immagini (la TAC e la RMN

sono ormai strumento di uso quotidiano nelle strutture ospedaliere) ha contribuito ad affinare le possibilità diagnostiche, visualizzando condizioni malformative e lesioni acquisite che solo cinquant'anni fa venivano documentate solo come reperto autoptico.

Bisogna evidenziare che tutte queste tecniche, in origine utilizzate prevalentemente nelle patologie neurologiche e con finalità cliniche stanno trovando negli ultimi decenni applicazione in ambito neuropsicologico e psichiatrico. Le tecniche di diagnostica per immagini sono utilizzate come strumento di ricerca per la possibilità di visualizzare le aree cerebrali che si attivano per effetto di uno stimolo o nell'esecuzione di un compito (allo stesso fine è stata utilizzata alcuni anni fa la mappatura dei potenziali evocati). Indagini genetiche sono utilizzate anche in ambito psichiatrico con la prospettiva di evidenziare dei sottotipi che potrebbero corrispondere a diverse strategie mentali.

### *Teorie dello sviluppo e psicoterapie*

Agli inizi del novecento diversi ricercatori rivolgono la loro attenzione anche allo studio dello sviluppo del bambino normale. Queste ricerche avranno una importante ricaduta sulla conoscenza dei meccanismi patogenetici dei disturbi psichiatrici dell'adulto e del bambino. Si tratta ancora una volta di ricercatori con formazione eterogenea (Freud era medico psichiatra, Piaget era laureato in biologia).

Un ruolo principale nella storia della neuropsichiatria infantile deve certamente essere riconosciuto alla psicanalisi. Freud, che dedica tutte le sue energie alla diffusione della sua teoria recandosi anche negli Stati Uniti per farla conoscere, valorizza il ruolo delle esperienze infantili nel determinismo della psicopatologia dell'adulto ed elabora una tecnica (la psicanalisi) che è contemporaneamente una terapia e un percorso di autocoscienza. Per questo motivo prevede che lo psicoterapeuta debba essere a sua volta nel processo di formazione analizzato. Il suo lavoro lo porta ad indagare sulla sessualità infantile e a pubblicare testi che rivoluzioneranno la visione corrente del mondo infantile, quali i "Tre saggi sulla teoria sessuale" (1905), "Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans)" (1908), "Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'Uomo dei lupi)" (1914). Non si occupò però della possibilità di un trattamento psicanalitico del bambino e dei problemi tecnici che ad esso sarebbero stati connessi. Di psicanalisi infantile si occupò invece la figlia Anna (che era stata analizzata dal padre con una procedura che oggi apparirebbe impropria). Impegnata a difendere la struttura della teoria e della tecnica disegnata dal padre essa riteneva che il bambino non potesse essere analizzato in modo "proprio" e che dovesse essere valorizzato il ruolo dei

genitori. Ciò la pose in contrasto con la visione di Melanie Klein, che aveva lavorato alle primissime fasi dello sviluppo ed individuato degli stadi, che preferiva definire "posizioni", e riteneva fosse possibile trattare il bambino utilizzando l'interpretazione di transfert. Il lavoro autonomo di Donald W. Winnicott (1896-1971), fondato sulla sua esperienza di pediatra (molti suoi scritti sono raccolti nel suo libro *"Dalla pediatria alla psicoanalisi"* pubblicato nel 1958), lo collocò nel *middle group* (il gruppo di mezzo) tra gli "annafreudiani" e i "kleiniani". Meritano di essere ricordati gli studi della Tustin sull'autismo infantile, come pure la tecnica di "infant observation" proposta dalla Bick (che era stata analizzata dalla Klein). Anche sulla base di questi contributi alcuni Autori hanno tentato di proporre modelli per la costruzione di una psichiatria della prima infanzia: Di Cagno e Ravetto pubblicano *"Neuropsichiatria dell'età evolutiva: i primi anni di vita"* (1982), e Mazet e Stoleru *"Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant"* (1988). John Bowlby (1907-1990), a partire da una formazione psicoanalitica, propone una visione che valorizza il ruolo centrale dei meccanismi dell'attaccamento ed elabora una teoria che utilizza prospettive cognitive ed etologiche. In questa rapida elencazione non sono stati volutamente inseriti autori che pure sul piano teorico hanno apportato contributi originali e importanti (Lacan, Jung) e non si è neanche tentato di dare atto dei distinguo che all'interno delle stesse scuole hanno determinato orientamenti diversi e diverse metodiche.

Per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo, un contributo originale è costituito dalle ricerche di Jean Piaget (1896-1980). Biologo (le sue prime pubblicazioni riguardano alcune specie marine), si è interessato alle teorie psicanalitiche, ha lavorato alla standardizzazione del test di Binet ed ha infine rivolto il suo interesse studiando (con tecniche fondate principalmente sull'osservazione) lo sviluppo dei processi cognitivi. Questo lo ha condotto a schematizzare le fasi dello sviluppo, ricostruendo un percorso che conduce il bambino ad utilizzare la maturazione delle funzioni cerebrali e le stimolazioni dell'ambiente per costruire un sistema di conoscenze (e competenze) che in modo progressivo e continuo lo porterà dai primi comportamenti sensoriali intesi come adattamenti, che non presuppongono l'esistenza di funzioni rappresentative (ma Bruner studiando il riflesso di suzione del neonato dimostrerà che anche questo richiede un adattamento, cioè un apprendimento), alle funzioni logiche proprie dell'adulto. La definizione delle diverse fasi dello sviluppo ha avuto applicazioni cliniche. Il dato più originale del suo contributo è però forse costituito dalla impostazione teorica che valorizza la valenza adattativa della conoscenza e propone un modello di sviluppo costruito sulla utilizzazione, secondo criteri di economia ed efficienza, di

due strategie che definisce assimilazione (utilizzo di schemi acquisiti di fronte a situazioni nuove) o accomodamento (ricerca di soluzioni nuove in caso di insuccesso e conseguente innovazione del sistema di schemi). La forza dell'impianto teorico così elaborato porterà a riconoscergli il ruolo di fondatore di un filone di ricerca che è alla base di una disciplina (epistemologia genetica) che è stata oggetto di insegnamento nei corsi di laurea in psicologia e filosofia.

Un filone di ricerche, partendo dalla teoria del condizionamento di Pavlov (1849-1936), ha provato ad utilizzarla per modificare il comportamento dei bambini (B. Watson, 1878-1958). Ad esso ha dato un significativo contributo Skinner (1904-1990) presupponendo l'esistenza di un repertorio comportamentale di base all'interno del quale poteva essere condizionata la capacità del bambino di operare delle scelte. Questo percorso ha portato, incorporando modelli cognitivisti, ad agire sulle strategie (ivi comprese le componenti emotive) che condizionano le scelte ed a valutarne gli effetti. Così modificato l'originario modello stimolo-risposta anche il rinforzo può essere ricercato all'interno dello stesso comportamento.

Più recentemente a partire dal lavoro dei ricercatori del Mental Research Institute di Palo Alto diretto da Bateson (1904-1980) si diffonde una teoria che pone al centro dello studio non il singolo individuo ma rivolge la sua attenzione alle interazioni, alle dinamiche che si attivano nelle relazioni tra individui e sul processo di comunicazione. Definisce il concetto di "sistema" nel quale ogni variazione dello stato di un individuo finisce col modificare quello di tutti i soggetti che esso comprende. Il sistema famiglia è oggetto privilegiato di questo approccio e l'azione sul sistema famiglia utilizzato per aiutare il paziente a gestire e a risolvere il suo malessere. Si elabora in questo modo una tecnica di terapia che sarà definita "sistemico-relazionale" o più semplicemente familiare, che si è diffusa in America e ha trovato spazio in Italia anche per l'interessante apporto di Mara Palazzoli Selvini.

È importante notare come tutte queste impostazioni teoriche conducano nella prospettiva terapeutica a facilitare una maggiore consapevolezza delle motivazioni e delle dinamiche che determinano un singolo sintomo o che sono alla base di un comportamento. Si sono così definite diverse scuole che prevedono diverse metodologie e differenti percorsi di formazione del terapeuta. Alcune hanno fornito modelli interessanti per l'analisi delle strategie del funzionamento mentale, la psicologia genetica ha contribuito a rinforzare l'idea della neuropsichiatria infantile come disciplina dello sviluppo, ha arricchito gli strumenti di osservazione clinica delle funzioni cognitive del bambino, ha stimolato la sperimentazione di tecniche di interazione ancora

significativamente presenti in riabilitazione nelle tecniche di psicomotricità (in realtà alcune modalità di pratica psicomotoria risentono in modo significativo anche dell'influenza del pensiero psicoanalitico). L'approccio cognitivo-comportamentale è stato, ed è tuttora largamente impiegato in psichiatria infantile ed è da molti operatori considerato trattamento di elezione anche nei disturbi dello spettro autistico. L'approccio psicanalitico ha per alcuni decenni permeato la cultura della neuropsichiatria infantile (erano di formazione psicanalitica operatori che hanno gestito i primi servizi di NPI e quindi contribuito a definirne riferimenti teorici e metodologia, citiamo Bollea, la Balconi e la Berrini). Ciò ha condizionato l'impostazione nosografica, basti pensare all'impostazione data in molti trattati al capitolo delle nevrosi ed alla collocazione dell'autismo nel capitolo delle psicosi. Fortemente (e si potrebbe dire ingenuamente) contestata per alcune posizioni in realtà marginali (ci riferiamo al concetto di madri schizofrenogene), la sua applicazione si è sostanzialmente ridotta per quanto riguarda l'età evolutiva in ambito di nicchia per alcune problematiche che la ponevano in conflitto con gli orientamenti emergenti. Essa era intanto essenzialmente antinosografica, essendo la ricostruzione della storia e le relative dinamiche prevalenti rispetto alla definizione del nome della patologia. I problemi di metodo posti della sua applicazione nell'infanzia obbligavano i terapeuti a ricercare approcci complessi sul bambino (anche attraverso terapie di gioco) e sull'intero gruppo familiare, così che in conclusione più che trattamento psicanalitico potevano essere considerate terapie ad impostazione dinamica. Le tecniche di infant observation proposte dalla Bick hanno contribuito certamente all'esplorazione del mondo mentale del bambino e della maniera con cui costruisce le sue relazioni, e sono state strumento importante per la formazione degli operatori ma non si sono tradotte in tecnica terapeutica. È stata ipotizzata una sua utilità per la valutazione del rischio di depressione post-partum. L'approccio sistemico-relazionale si è dimostrato potente strumento di comprensione anche per la possibilità di estendere l'analisi a più generazioni. Esso è stato applicato nelle condizioni di anoressia e di dipendenza; trova spesso impiego nelle crisi familiari che portano anche a conflitti di ordine giudiziario. Ad esso è sostanzialmente riconducibile anche la pratica di mediazione familiare, recentemente spesso adottata in ambito legale.

È difficile definire una metodologia che consenta di confrontare i diversi approcci in termini di validità ed efficacia. Oltre che nelle tecniche, essi si diversificano anche negli obiettivi e soprattutto nei tempi (e quindi nei costi e nell'impegno personale dei terapeuti, ma

anche degli stessi pazienti e delle loro famiglie). Ceruti e Lo Verso nel 1998 hanno pubblicato in un libro ("Epistemologia e psicoterapia") i contributi di terapeuti di diverso orientamento che si sono impegnati in un gruppo di lavoro su questo tema. Dalla lettura appare chiaro che ciascuno riconduce la valutazione della terapia al rigore della metodologia e valorizza l'importanza della formazione del terapeuta, utilizzando in ultima analisi criteri autoreferenziali. Ai due poli si pongono da un lato l'approccio cognitivo-comportamentale, chiaramente finalizzato all'eliminazione del disturbo e all'acquisizione di condotte adattative, e dall'altro quello psicanalitico, teso a realizzare una maturazione personale con una dimensione che potrebbe essere definita più ampiamente umanistica. Appare di conseguenza comprensibile come il primo, consentendo di definire obiettivi e tempi più facilmente programmabili e misurabili, consenta una più chiara valutazione (anche con tecniche statistiche) delle indicazioni e dei risultati.

Il fatto che nella formazione del neuropsichiatra infantile sia prevista la conoscenza di tutti questi approcci esprime l'esigenza di mantenere, oltre ogni possibile semplificazione, l'attenzione dell'operatore sulla variabilità delle storie personali e di modulare le sue indicazioni tenendo conto delle esigenze, delle aspirazioni e della disponibilità del paziente e, trattandosi di minori, del contesto familiare.

### **Le tecniche psicodiagnostiche**

Alfred Binet (1857-1911), dietro incarico del ministro francese della Pubblica Istruzione, studiò i bambini affetti da ritardo mentale, e nel 1905 pubblicò i suoi primi test (poi chiamati "Binet-Simon"). Terman alla *Stanford University* li standardizzò per i bambini americani e nel 1916 questa batteria di test fu pubblicata in inglese col nome, che la renderà famosa negli Stati Uniti, di "Stanford-Binet". Essa sarà ampiamente utilizzata nell'adattamento italiano. La Anastasi ricostruisce criticamente la storia di questo strumento, e di conseguenza di quelli che ad esso faranno riferimento. Il quesito in origine posto a Binet gli chiedeva uno strumento utile per prevedere le capacità di inserimento e di apprendimento scolastico. Nella sua prima formulazione esso era costituito da un numero ridotto di items; è stato successivamente elaborato individuando una serie di prove che valutassero competenze che potevano considerarsi "criticamente" acquisite in una determinata età, attribuendo loro un peso che consentiva in conclusione di pervenire ad una età mentale e quindi, dividendola per l'età "cronologica" al quoziente di intelligenza (il valore 100% documentava la coincidenza dei due dati). Vi è in questo procedimento un peccato di origine. Identifica l'intelligenza con l'apprendimento di nozioni scolasti-

che, è quindi condizionato da variabili culturali ma anche da condizioni di disadattamento non direttamente collegate allo sviluppo intellettuale (fattori motivazionali e disturbi comportamentali).

Nel 1949 è stato fatto un adattamento all'età evolutiva del Wechsler Adult Intelligence Scale denominata Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC). Sono state realizzate diverse traduzioni, adattamenti e standardizzazioni su campioni di diverse popolazioni. La struttura del test è profondamente diversa: è composta da tredici subtest divisi in due scale (verbale e di performance). I punteggi grezzi ottenuti ad ogni subtest sono elaborati in relazione ai dati di norma, in modo da ottenere in conclusione tre punteggi che vengono definiti "Quoziente Intellettivo" (QI verbale, di performance e totale) che non prevedono l'attribuzione di una età mentale e non sono propriamente quozienti, non essendo frutto di una divisione. Essi esprimono la devianza rispetto a un valore di riferimento posto, in analogia al QI di Binet, uguale a 100. La distinzione in prove verbale e di performance dovrebbe limitare il peso delle informazioni scolastiche, presupponendo che le prove di performance esplorassero abilità più vicine al mito del test "culture free" che affascinava in quel periodo gli studiosi ed era collegato al mito di individuare il fattore G, il fattore che definiva l'intelligenza al di là delle singole funzioni che ne costituiscono gli strumenti. Sia il test di Binet che la WISC avevano il limite di non poter essere utilizzati nella prima infanzia. Vengono a questo fine elaborate scale apposite: WISCP (con la stessa struttura della WISC) e Brunet-Lezine (che calcola un quoziente di sviluppo psicomotorio utilizzando fin dal primo mese di vita l'osservazione del comportamento del bambino e utilizzando anche le risposte dei genitori). Questi strumenti sono stati usati nella ricerca e nella clinica: il QI è utilizzato per determinare il grado del ritardo mentale, i subtest della WISC possono essere considerati un primo tentativo di approccio neuropsicologico per la possibilità di tracciare una curva delle prestazioni nei diversi ambiti esplorati.

Sul versante dell'esame della personalità sono stati utilizzati test proiettivi. Era evidente l'influenza del pensiero psicanalitico. Essi erano fondati sull'ipotesi che la richiesta di commentare, descrivere o costruire storie a partire da materiale che si presupponeva neutro consentisse al soggetto di esternare situazioni conflittuali, desideri e timori che meccanismi di censura non gli consentivano di verbalizzare e addirittura di pensare. Per l'impossibilità di dimostrare l'esistenza di una relazione lineare tra il materiale così raccolto e la strutturazione di disturbi psicopatologici che giustificano una diagnosi clinica (non deve essere sottovalutata la possibilità di proiezioni dell'esaminatore per effetto di pregiudizi

originati dalle sue ipotesi diagnostiche ma anche del suo orientamento culturale), essi sono ancora utilizzati come strumenti capaci di arricchire in modo generale la conoscenza del bambino, in particolare come premessa per suggerire ed indirizzare l'orientamento di un intervento terapeutico. È significativo il fatto che le linee guida più recentemente proposte in psichiatria forense (in particolare in tema di attendibilità delle dichiarazioni del bambino nell'ipotesi di abuso o nella valutazione delle competenze genitoriali) ne sconsigliano l'utilizzazione o comunque raccomandino una prudente valutazione. Strumenti come il MMPI e lo stesso test di Rorschach, molto utilizzati in psichiatria dell'adulto, si sono dimostrati scarsamente adattabili al bambino. Per questi motivi sono oggi oggetto di ricerca e di impiego clinico tecniche rivolte alla valutazione di specifiche funzioni in ambito neuropsicologico e scale orientate alla valutazione, sulla base di indicazioni cliniche, di sintomi e comportamenti la cui presenza legittima la diagnosi (ad esempio, CARS e GARS nell'autismo). Essi peraltro non possono essere considerati test mentali, avendo piuttosto le caratteristiche di protocolli diagnostici.

### Le tecniche di riabilitazione

La scelta di un approccio globale nella "presa in carico" del bambino portò necessariamente gli operatori dell'équipe di neuropsichiatria infantile in contatto col mondo della riabilitazione, ove erano già disponibili terapisti della riabilitazione motoria e logoterapisti. In quest'ambito era già in corso un processo culturale teso ad inserire nell'intervento riabilitativo rappresentazioni e significati. I terapisti erano però formati in scuole che afferivano all'area della neurologia dell'adulto, della fisioterapia e dell'otorinolaringoiatria. Alcuni neuropsichiatri infantili si dedicarono a tempo pieno al lavoro di definizione di obiettivi, tecniche e metodi. Ricordiamo il lavoro di Milani Comparetti a Firenze e di Marinella Rosano a Roma. Contemporaneamente si sviluppava in Francia (con l'importante contributo di Aucouturier e Lapiere) una pratica che fu definita psicomotoria e che aveva radici culturali diverse, riconducibili piuttosto al pensiero di Piaget ed all'approccio psicodinamico. Si tentò di definire un profilo ed un percorso formativo di una nuova figura, quella dello psicomotricista, in apparenza alternativo al terapeuta della riabilitazione ma che in riferimento all'età evolutiva condivideva due idee forti: l'attenzione allo sviluppo (ed alla variabilità dei tempi e delle strategie che doveva essere conosciuta e rispettata) e la stretta relazione esistente tra aspetti motori e mentali (cognitivi e relazionali). Questa pratica si proponeva per la sua valenza educativa ed abilitativa. Scuole di formazione di psicomotricisti si diffusero anche in Italia, ove però il mancato riconoscimento del valore le-

gale del titolo di studio e del profilo professionale creò in alcune Regioni difficoltà di inserimento lavorativo. Deve essere riconosciuto ai neuropsichiatri infantili (anche in quest'ambito svolse un ruolo significativo Bollea, che già nel 1973 aveva attivato a Roma una Scuola per Terapisti della Riabilitazione dell'Età Evolutiva) il merito di essere stati capaci di realizzare un dialogo che fu contemporaneamente culturale e politico. Questo condusse alla istituzione di Scuole per Terapisti della Neuro e Psicomotricità che, con la trasformazione in diplomi universitari consentita dal riordino dell'ordinamento universitario del 1993 e con la definizione ministeriale (1997) della figura professionale e del relativo profilo, sono pervenute all'assetto attuale. È interessante osservare che la "e" contenuta nella denominazione del titolo testimonia quanto sia stato travagliato questo processo e che non viene utilizzato il termine riabilitazione, scarsamente appropriato in riferimento all'età evolutiva, in quanto idoneo piuttosto a definire il lavoro svolto con un adulto che ha perso funzioni già acquisite in conseguenza di un danno cerebrale. È importante anche che il citato profilo professionale esplicita la stretta relazione tra questa figura ed i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, chiarendo che si tratta di operatori che lavorano in collaborazione con i neuropsichiatri infantili.

### **Il trattamento farmacologico**

Un ulteriore territorio di confine è stato costituito dallo sviluppo delle conoscenze farmacologiche. Nelle malattie neurologiche i farmaci scoperti e sperimentati sono stati rapidamente impiegati in età pediatrica. In particolare nelle epilessie sono state studiate indicazioni ed effetti, anche per l'esigenza di definirne l'impiego in relazione alle manifestazioni tipiche dell'infanzia e di adattarne il dosaggio tenendo conto dell'età e del peso del bambino. In ambito psichiatrico, anche dopo la scoperta e l'utilizzazione nell'adulto (900) dei primi neurolettici, che hanno trasformato la gestione della malattia mentale (prima contenitiva e, sotto mentite spoglie, sostanzialmente punitiva, vedi uso del coma insulino, malarioterapia, piretoterapia, elettroshock) l'utilizzazione in età evolutiva è stata più problematica e si è estesa in modo diverso nei diversi Paesi. In America la diffusione è stata più rapida anche per la forza delle case farmaceutiche e sono stati denunciati fenomeni di abuso. Ricordiamo il libro di Peter Schrag e Diane Divoky, diffuso nella traduzione italiana nel 1978 da Feltrinelli, con il titolo "Il mito del bambino iperattivo e altri strumenti di controllo del bambino". In Italia gli psicofarmaci sono stati accolti con un atteggiamento che possiamo definire "di prudenza", ciò per una serie di motivi. In primo luogo, l'atteggiamento

culturale dei neuropsichiatri infantili portava a privilegiare altri strumenti. Pesava il prevalente atteggiamento psicomotricità e non era certamente un caso che le équipe di neuropsichiatria infantile fossero state in origine definite "medico psicopedagogiche". A questo atteggiamento debbono certamente imputarsi mancate terapie farmacologiche non rispondenti ai bisogni del bambino. Vi erano però altre motivazioni che avevano un più corretto fondamento. Gli psicofarmaci nascevano per l'uso negli adulti e la sperimentazione fatta sull'adulto non appariva sufficiente a legittimarne l'uso nel bambino. Le case farmaceutiche preferivano non rischiare la sperimentazione sul bambino e tacere sulla possibile utilizzazione, lasciando questa responsabilità alla discrezionalità dei medici. La sperimentazione nel bambino presentava (e presenta anche oggi) problemi etici (il consenso non può essere acquisito dai pazienti ma dai genitori) e problemi tecnici, dovendosi valutare l'efficacia del farmaco in ultima analisi utilizzando i giudizi dei genitori, condizionati dalle loro aspettative e dalla loro "soglia di tolleranza" nei confronti del comportamento del bambino. Erano inoltre presenti preoccupazioni per i possibili fenomeni di assuefazione e per il rischio di interferenza sullo sviluppo.

Queste perplessità hanno condizionato in modo diverso l'utilizzazione dei vari gruppi di psicofarmaci. I neurolettici sono stati rapidamente impiegati nelle psicosi, specie nell'adolescenza, il loro uso si è esteso ai disturbi del comportamento, specie nel caso di grave ritardo mentale, ed in altre patologie (anoressia mentale). I tranquillanti minori (benzodiazepine) hanno trovato indicazioni e risultati dubbi. Gli antidepressivi sono stati a lungo ignorati e la loro utilizzazione è diventata più precisa negli ultimi decenni per l'affinamento delle procedure diagnostiche che hanno evidenziato la componente depressiva di diverse patologie (vale anche in questo caso l'esempio dell'anoressia mentale).

Sono pochi i farmaci che hanno trovato impiego prevalente, se non esclusivo, in età evolutiva, essendo stati comunque in genere sperimentati nell'ipotesi di altre indicazioni. Ricordiamo la niaprazina (nopron), un antistaminico che è stato molto (forse troppo) utilizzato, prevalentemente su indicazione dei pediatri, nei disturbi del sonno anche nel primo anno di età (si utilizzava in realtà un effetto collaterale del farmaco) ed il metilfenitadolo (Ritalin), concepito come antidepressivo poi abbondantemente utilizzato nel trattamento del disturbo di attenzione con iperattività. Le polemiche suscitate nei media hanno indotto a regolamentarne l'uso, legandolo a prescrizioni specialistiche e all'adozione di piani di trattamento.



## **CONCLUSIONI**

Una storia dovrebbe essere molto cauta nel trattare il presente ed astenersi dalle proiezioni sul futuro. Sono però in atto trasformazioni che forse meritano di essere registrate. Abbiamo dato per scontato l'assunto che la disciplina avesse strutturato un impianto teorico e metodologico che le consentiva di confrontarsi con diversi saperi senza perdere la sua fisionomia e la sua identità e abbiamo individuato nel lavoro di équipe lo strumento privilegiato. Il rapidissimo incremento delle

conoscenze e la tendenza del sistema assistenziale ad operare attraverso centri di riferimento (e quindi di specializzazione) obbligheranno a rivedere questo modello. L'interdisciplinarietà dovrà essere definita in termini di relazione tra operatori e strutture collocate in ambiti diversi. Ciò non riguarderà probabilmente alla stessa maniera le strutture ospedaliere e quelle territoriali. Il fatto che i processi di formazione (Scuole di specializzazione) hanno, e probabilmente avranno ancora per qualche tempo, sede in strutture ospedaliere renderà necessario un ripensamento anche dei meccanismi di formazione del neuropsichiatra infantile.

