

QUANDO IL NEUROPSICHIATRA DOVREBBE SPORCARSI LE MANI...

Il ruolo professionale e la prassi operativa del neuropsichiatra infantile (NPI) non possono oggi prescindere da alcuni dati ormai ben noti. Le patologie psichiatriche, neurologiche e l'abuso di sostanze rappresentano attualmente il 13% del *global burden of disease* dell'intera popolazione mondiale. Più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio nell'infanzia o in adolescenza, spesso molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato, e quindi con concrete possibilità di interventi preventivi. Circa un bambino o adolescente su 5 ha problemi relativi alla salute mentale.

La prima conseguenza di questi dati è l'incremento delle richieste di intervento, influenzato non solo dal cambiamento delle condizioni attuali di vita, ma anche dalla maggiore sensibilità di pazienti, famiglie e clinici, che ha abbassato la soglia della richiesta di intervento. La seconda conseguenza è il cambiamento della tipologia delle richieste prevalenti, legato sia ai cambiamenti di elementi di contesto che rappresentano altrettanti fattori di rischio psicopatologico (es. l'uso di sostanze, le migrazioni, la crisi economica e la povertà, il ruolo di internet e dei dispositivi elettronici ecc.), ma anche dalla accresciuta sensibilità dei clinici sul ruolo del neurosviluppo non solo come base della psicopatologia, ma anche come elemento chiave nella vulnerabilità alla psicopatologia, quindi mediatore dell'effetto di potenziali fattori di rischio sempre più frequenti e diffusi. Se altre figure professionali (psicologi, sociologi ecc.) hanno un ruolo centrale nella comprensione dei fenomeni sociali e delle loro influenze individuali, il ruolo del NPI dovrebbe essere quello del regista principale nel momento in cui questi fenomeni accedono, con varie modalità, al livello della patologia.

Infatti un tale livello di complessità implica un modello interpretativo che tenga conto: 1) delle determinanti biologiche alla base della patologia, ma anche della vulnerabilità; 2) delle determinanti sociali, che condizionano gran parte dei fattori di rischio, ma che rappresentano anche il contesto in cui la patologia si manifesta, condizionandone la espressione clinica; 3) delle determinanti psicologiche, che condizionano il modo in cui ciascun individuo declina in modo specifico meccanismi biologici e sociali.

L'interazione tra questi aspetti è oggi più comprensibile sulla base della conoscenza dei meccanismi della plasticità neurale. Se il cervello si modifica rapidamente nei guidatori di taxi o nei violinisti, a seguito della loro attività quotidiana, possiamo comprendere come eventi spesso drammaticamente più intensi, quali esperienze traumatiche di varia intensità, possano scolpire il cervello, e quindi le emozioni e i comportamenti, anche se in modo diverso nei diversi individui, a seconda delle loro specificità e vulnerabilità.

Questi fenomeni hanno una diffusione trasversale, in ampi strati della popolazione, per cui è necessario il coinvolgimento e la collaborazione di professionisti (e il pediatra è in questo caso la figura chiave) che possono accedere, con possibilità di precoce riconoscimento, a grandi numeri di bambini e adolescenti, per individuare i casi a rischio o quelli che per diversi motivi, es. psicologici, sociali, potrebbero non accedere al NPI. Il pediatra può ampliare la visuale, individuando le aree grigie o marginali. Ma esiste anche una proiezione longitudinale, nelle diverse fasi della vita dall'infanzia all'adolescenza alla transizione verso l'età adulta. In questa dinamica lo psichiatra è l'inevitabile interfaccia con la quale interagire sia in termini di prevenzione (ri-

salire all'indietro per individuare le radici della patologia dell'adulto) che di continuità delle cure, per evitare discordanze e fratture nelle modalità della presa in carico. Queste figure professionali devono inevitabilmente lavorare fianco a fianco, nella gestione della patologia, in parallelo con altre figure che di volta in volta possono entrare in gioco (psicologi, servizi sociali, terapisti, educatori ecc.), con la massima armonia e coordinazione possibile, per evitare ulteriori fratture.

Ma la complessità implica una ulteriore organizzazione, il più possibile armonica, tra chi fronteggia il primo livello della necessità, quello del contatto diretto con l'individuo, la famiglia, la scuola; il secondo livello di complessità per le necessità agiuntive, es. interventi ospedalieri; e il terzo livello per le situazioni di massima complessità diagnostica e terapeutica. Il rischio di discordanze e fratture tra questi livelli è spesso evidente, mentre sarebbe necessaria la condivisione dell'approccio, non solo sul piano etico e professionale, ma anche su quello individuale e per così dire emozionale, sia pure nelle specificità della diversa collocazione operativa.

In questa complessa dinamica intra- e interprofessionale, trasversale e longitudinale, per la tutela della salute mentale dell'età evolutiva, il NPI dovrebbe avere un ruolo centrale, di grande impatto psicosociale. Al contrario si è assistito in questi anni a una marginalizzazione graduale di tale ruolo. Il NPI viene spesso interpretato come l'anello debole della catena, talora come il capro espiatorio delle carenze, trattato non raramente con sufficienza se non con fastidio dalle figure con cui dovrebbe interagire, pediatri, psichiatri, psicologi, tutte categorie numericamente (e politicamente) ben più rappresentate. Tale marginalizzazione ha cause esogene ed endogene che si potenziano reciprocamente. Le cause esogene sono ben chiare e sono state sintetizzate in un documento della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), pubblicato su queste pagine in un numero precedente (*Medico e Bambino* 2018;37(3):151-2). Se i modelli operativi e le normative vigenti appaiono a prima vista teoricamente adeguati, essi sono spesso applicati solo in parte, ad es. con enormi disuguaglianze regionali. Alcune Regioni hanno fatto sparire i Servizi di NPIA nella loro specifica identità e valenza, c'è un sottodimensionamento del numero di letti di ricovero ordinario (in 7 Regioni non c'è nessun posto letto di NPIA), in tutto il territorio nazionale esistono solo poco più di 300 letti di ricovero ordinario di NPIA, solo 79 per ricoveri psichiatrici, i ricoveri avvengono non raramente in reparti non adatti (Pediatria, Psichiatria), nelle strutture residenziali c'è un aumento di circa il 10% annuo degli inserimenti, spesso lontano dalla residenza dei ragazzi, con lunghe attese e difficoltà nel reinserimento. Si crea quindi il paradosso di una crescente capacità e sofisticazione nel riconoscere i problemi, nel catalogarli e di definirne la storia naturale, ma senza avere gli strumenti per mettere in atto le strategie di intervento più adeguate. Questa realtà, ormai più volte denunciata, non richiede ulteriori commenti ma un sostegno da tutte le parti in causa. Tutto questo è esogeno. E l'endogeno?

"Quando il neuropsichiatra infantile dovrebbe sporcarsi le mani...", questa è la proposta di riflessione al NPI da parte di questo giornale. Cosa significa sporcarsi le mani? A parte il fatto che le mani di molti NPI sono già nobilmente sporche, perché il vero lavoro sporco, possiamo vedere come ulteriormente sporcarsi, ma anche trovare dei modi per poi pulirsi.

Innanzitutto non possiamo essere portati a scegliere tra coinvolgimento in prima linea (professionale ed emozionale) e ri-

gore metodologico. Sporcarci le mani, immergerci nell'intensità dei problemi, non deve rappresentare un alibi per rinunciare a un contesto di rigore metodologico e scientifico, a tutti i livelli della nostra operatività. Il progresso scientifico ha portato un cambiamento nel modo di concettualizzare le malattie, di comprendere come funziona il neurosviluppo, la plasticità neurale, l'epigenetica, e questo cambiamento dello scenario scientifico deve avere conseguenze nella prassi, un sistema unificante che nobilita e unifica chi lavora in trincea e chi lavora in un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Esistono situazioni ambientali patologiche che di per sé sono in grado di minare o disorganizzare l'equilibrio mentale, ma la stragrande maggioranza di quelle che sono sotto i nostri occhi sono meno estreme, ma diventano patologiche se incontrano una vulnerabilità, ed esistono vulnerabilità sociali ma anche biologiche. Noi dobbiamo essere pronti e tempestivi nel conoscere e gestire le vulnerabilità biologiche e i meccanismi con cui operano, e dobbiamo anche saper usare scientificamente e laicamente tutti gli strumenti diagnostici e terapeutici, biologici e sociali, per modulare tali vulnerabilità. È stato giustamente detto che la società di oggi ha molti stimoli complessi, che per i vulnerabili diventano potenzialmente distruttivi. Mentre ci affidiamo al rigore metodologico e scientifico, dobbiamo ricordarci che parlare con i pazienti, condividere le loro sofferenze, lavorare con le famiglie ("il lavoro sporco"), non significa perdere la nostra professionalità e scientificità di medici, o diventare medici di serie B, significa condividere tra tutti il lavoro sporco, e non lasciarlo a qualcun altro, sapere che nel momento in cui modifico un assetto familiare o favorisco una integrazione sociale o scolastica, incido sul cervello di un bambino e di chi lo segue, esattamente come faccio se gli somministro un farmaco, e talvolta fare entrambe le cose è anche meglio (quindi abbattere steccati e pregiudizi). Significa evitare il concetto che se c'è una malattia lo curo io, se il problema è sociale o psicologico (e quando non lo è?) se ne occupi qualcun altro (chi?), e questa figura in genere è implicitamente meno nobile. Significa avere il coraggio di condividere, senza essere paranoicamente barricati sulla difesa del territorio (i NPI, i pediatri, gli psichiatri, gli psicologi ecc.), tra tendenza alla delega di fastidi e difesa di (ipotetici) privilegi. Significa conciliare specificità, stratificazione e integrazione e condivisione, in ogni strato e in ogni competenza professionale.

Questo approccio consente di integrare nel rapporto con il paziente chi "è malato" e chi "sta male", la malattia e la sofferenza. A volte abbiamo a che fare con bambini (e famiglie) che non sono tanto malati, ma che stanno invece molto male, e noi abbiamo il dovere di occuparci sia degli uni che degli altri, senza fratture e deleghe, perché spesso i meccanismi di fondo sono ampiamente sovrapposti, poiché chi sta male ha ampie possibilità di diventare malato, e chi è malato lo è indipendentemente dal fatto che prima stava solo molto male. Le conoscenze attuali ci consentono oggi di inserire gli uni e gli altri in uno stesso modello interpretativo, scientificamente rigoroso, che mette insieme l'aspetto biologico, psicologico e sociale senza fare dicotomie ed erigere steccati che sono presenti solo nella nostra testa, e non nella realtà sociale e scientifica. Un esempio di tutto questo è ad es. la comprensione e gestione delle situazioni traumatiche, sempre più frequenti, consapevoli che la componente biologica, la componente psicologica e la componente sociale sono le tre facce della stessa medaglia; noi possiamo scegliere il nostro ambito prevalente di interesse, ma se dimentichiamo anche per un momento gli altri aspetti non siamo dei buoni medici.

La gestione dei comportamenti dirompenti, l'abuso di sostanze, la dipendenza da internet, l'isolamento, le bande, ma anche le adozioni, le migrazioni e le guerre, tutte quelle le situazioni che determinano storie di vita più o meno esplicitamente traumatiche, implicano un lavoro di rete con genitori, insegnanti, pediatri, psichiatri, servizi sociali, amministrazioni pubbliche, autorità giudiziaria. Tutto questo ha implicazioni biologiche, psicologiche, sociali che richiedono non solo modelli interpretativi elastici, ma anche modelli assistenziali integrati, dalle realtà radicate nel territorio ai Centri di alta specializzazione a proiezione nazionale, per protocolli diagnostici e terapeutici più innovativi. Accanto a modelli interpretativi e modelli assistenziali, sono necessari modelli cooperativi integrati, perché a seconda della specifica situazione una figura è centrale e le altre di supporto, senza che questo voglia dire una limitazione o una rinuncia, perché tutti devono saper sporcarsi le mani. Se questo accade, se lo sporco è lo stesso, è molto più facile parlare di integrazione degli approcci. E il sapone migliore per tali situazioni è proprio l'organizzazione di una rete integrata, ma forse ancor più, per ciascuno di noi a diverso titolo attori di tale ruolo nello scenario della complessità, la consapevolezza o almeno la sensazione (cognitiva ed emozionale) di essere parte di tale organizzazione.

Gabriele Masi
Neuropsichiatra Infantile
Direttore UOC di Psichiatria e Psicofarmacologia,
IRCCS "Stella Maris", Calambrone (Pisa)

L'INSENSATA VERGOGNA DEL DECRETO SICUREZZA

Il Decreto Sicurezza, fortemente voluto dal Ministro dell'Interno del Governo della Repubblica, ha un primo, immediato effetto: non verranno più ammessi nel sistema SPRAR (sistema di protezione che prevede misure di aiuto all'integrazione lavorativa e abitativa ed è gestito dai Comuni) in uscita dai Centri di accoglienza (CAS e CARA) coloro ai quali era stato riconosciuto lo status di titolari di protezione umanitaria. Si tratta di un numero stimato conservativamente tra 35.000 e 40.000 persone, tra le quali molte donne e i loro bambini. Lo prevede una circolare partita dalla Direzione Libertà Civili e Immigrazione del Viminale, in virtù di una "conseguenziale interpretazione" del Decreto che restringe drasticamente i requisiti per il diritto alla protezione umanitaria, condizione in precedenza comprendente situazioni di particolare vulnerabilità e ora di fatto abrogata e sostituita con una protezione speciale limitata a gravi motivi di salute, violenza, calamità naturale.

Non solo: i futuri titolari di "protezione speciale", il neo istituto giuridico che sostituisce, in modo limitato e residuale, la protezione umanitaria, non avranno, nemmeno loro, accesso allo SPRAR ma, dopo la prima accoglienza nei CAS, finiranno in strada, tra l'altro privi della residenza (non più prevista per i richiedenti asilo). Situazioni come quelle di donne fuggite con i figli da condizioni di sfruttamento sessuale non saranno più protette, in palese contrasto con le Convenzioni internazionali, come quella sui Diritti dell'Infanzia e quella sulla violenza nei confronti delle donne che l'Italia ha sottoscritto. Accanto al Decreto, convertito ora in Legge, il titolare del Viminale ha annunciato altresì un imminente drastico taglio alle spese di gestione dei CAS, eliminando del tutto i fondi per politiche di inserimento, quali lezioni di italiano o apprendistato. In sostanza gli immigrati giunti in Italia vengono chiusi in *lager* o lasciati in strada.

Bambini e ragazzi seguiranno i loro genitori in un'avventura peggiore di quella che hanno finora già dovuto affrontare: ridotti dell'85% i fondi a disposizione dell'ospitalità, il loro destino resta affidato al buon cuore. Senza contare che in queste condizioni sarà estremamente difficile poter frequentare una scuola o un nido, cosa che già molti bambini regolarmente residenti in Italia non possono più fare. Perché qualche sindaco si è inventato requisiti - quali documentazioni provenienti dai Paesi di origine - per l'accesso alle mense, ben sapendo che in molti Paesi questa documentazione non può essere reperita, o se lo è richiede tempi biblici. O perché qualcun altro ha pensato di definire una quota massima di bambini "stranieri", oltre la quale gli stessi bimbi non possono essere accolti nelle strutture pubbliche; o di stabilire che non possono essere accolti nei nidi i figli di coloro che non hanno la residenza, cosa ovviamente attualmente impossibile per quanti si trovano in regime di protezione umanitaria. Sono casi ancora limitati, ma l'onda modale cresce, destinata a colpire anche bambini che ora frequentano scuole materne ed elementari, una volta che ai loro genitori scadranno i termini del soggiorno legale. Di questa catena di provvedimenti che partono dal Governo e da alcuni Comuni colpiscono, oltre alla disumanità e alla palese violazione di principi stabiliti internazionalmente, che l'Italia ha contribuito in passato a stabilire e ha adottato, l'ipocrisia e l'insensatezza. Si inventano infatti regole per escludere senza avere il coraggio di dire che si vuole escludere. Non si vede, o non si capisce, l'evidente contro-produttività di mettere sulla strada decine di migliaia di persone, destinate a un

rimpatrio che si sa bene che non avverrà mai, perché nel 99% dei casi non c'è l'accordo con i Paesi di provenienza. In non pochi casi si tratta di situazioni che hanno diritto a un regolare permesso di soggiorno in ragione della loro vulnerabilità, ma che vengono a essere private di assistenza, sanitaria educativa e sociale, utile a garantire la sicurezza e la progressiva integrazione delle persone, a partire dai bambini. Invece di allevare cittadini, che potranno dare un contributo al Paese - dei quali demografi ed economisti ci insegnano che abbiamo assoluto e urgente bisogno - alleviamo esclusi che andranno a ingrossare le file del lavoro nero, del traffico e della ribellione. Come tutto questo possa convenire agli "Italiani", popolo che tra l'altro ha contribuito e contribuisce alla ricchezza di tanti Paesi dove è emigrato e ha messo buone radici, non è dato sapere. È possibile, e auspicabile, che qualcuno si accorga, se non dell'illegalità, in termini costituzionali e di Diritto internazionale, di queste misure, se non della loro crudeltà, almeno della loro insensatezza. E che vengano riviste. Certo, la fretta di compiacere una parte dell'opinione pubblica - peraltro creata ad arte con campagne non di rado basate su notizie false - ha fatto ancora una volta passare il limite della decenza e restare abbondantemente al di sotto di quello dell'intelligenza. Una parte non piccola, diciamo la gran parte, di questi bambini e di queste donne li abbiamo incontrati, negli ambulatori, nei servizi di Pronto Soccorso, negli ospedali, nei luoghi di accoglienza e di servizio. Vi sono forse sembrati meritevoli di questa infamia?

Giorgio Tamburlini

FAD
news

Durata del corso

dal 15/09/2018
al 14/09/2019

Destinatari

Medico Chirurgo
(Pediatria, Pediatria di libera scelta)

ECM

A questo corso saranno assegnati **24** crediti formativi ECM

Prezzo

€ 61,00 (€ 50,00 + IVA)

Pediatria
sulla grande
stampa



speciale **2017**

Un aggiornamento fatto attraverso le recensioni degli articoli di contenuto pediatrico usciti sul NEJM, il Lancet, il JAMA e il BMJ nel 2017

PER ISCRIVERSI

www.quickline.it

