

Principali patologie Neuropsichiche

Attività U.F.S.M.I.A. della USL 5

O. Mori

Clinica Psichiatrica - Servizio di NPI

RIABILITAZIONE - I Passi

Servizio di NPI ospedaliero

Creazione di 3 zone (Pisana-Valdera-Alta V.Cecina)
con 2 UFSMIA: Pisana / Valdera-AVC

Unità Operativa di NPI

U.O. NPI assegnata alla ASL 5

1965

1970

1980

1994

2000/01 2002

2002-2005:

I PASSI



1965-2005:
NPI S. Chiara

DAL 2005: Via Garibaldi
NPI - RIABILITAZIONE

Via Rosellini
PSICOLOGIA

U.F.S.M.I.A.

Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza

Struttura costituita da **ambulatori specialistici (NPI,PSI)** di diagnosi e cura dedicati alle principali patologie di natura neuropsichica, ma anche alla prevenzione degli stessi disturbi, e da una **Riabilitazione Funzionale** (che a Pisa ha una organizzazione in qualche misura accentrata) che lavora (NPI,PSI,TP) al recupero specifico delle funzioni lese (movimento, sensi, linguaggio, funzioni cognitive) . Partecipa con i suoi operatori alla attività dei **GOM** territoriali.

Gli Specialisti della U.F.S.M.I.A. svolgono un servizio di *consultazione diagnostica* per bambini e genitori e, se necessario, di *presa in carico terapeutica* sia per la patologia di competenza Neurologica –Riabilitativa (*paralisi cerebrali, ritardo mentale, disturbi generalizzati di sviluppo ecc*), sia per quella di competenza Psichiatrica -Psicologica (*disturbi dell'umore e d' ansia, disturbi di personalità, disturbi della condotta, sindromi ipercinetiche, disturbi emozionali, disturbi alimentari, disturbi del sonno, Enuresi, Encopresi, Tic, Balbuzie*)

GOM (GRUPPO OPERATIVO MULTIDISCIPLINARE)

Operatori delle U.F di Salute Mentale (Neuropsichiatri Infantili, Psichiatri, Psicologi, Logopedisti, Fisioterapisti, Neuropsicomotricisti) e Assistenti Sociali della U.F Servizio Sociale, Educatori Professionali o altri Specialisti dipendenti della USL o delle Cooperative che agiscono in convenzione con la USL stessa.

Collaborano per l'assistenza, riabilitazione, abilitazione ai pazienti in situazione di handicap e alle loro famiglie, gli assistenti sociali lungo tutto l'arco della vita gli operatori UFSMIA fino all'età adulta del paziente che in seguito, se necessario passa in carico ad altri Specialisti.

ASSETTO TERRITORIALE UFSMIA PISA (Maggio 2006)

GOM PISA NORD
52 bambini

GOM PISA NORD EST
62 bambini

GOM PISA SUD
48 bambini

GOM SUD-OVEST
56 bambini

GOM PISA CITTA' (2 medici 1 psicologo)

218 bambini :

44 certificati,

18 non certificati

GOM PISA OVEST
(1 medico
1 psicologo)
101 bambini :
19 certificati,
19 non certificati

RIABILITAZIONE

GOM PISA EST
(1 medico 1 psicologo,
198 bambini :
24 certificati,
9 non certificati



Le richieste di **assistenza territoriale di base** per la **Salute Mentale** dei minori, **in particolare per i soggetti in situazione di handicap**, sono andate continuamente crescendo negli ultimi anni. Nel 2002 sono 350 i soggetti con handicap in carico a UFSMIA di Pisa (su 417 minori certificati L 104/92) mentre sono 1800 gli utenti visti nell'anno, nel 2006 sono in carico 500 soggetti con handicap (su 543 minori certificati L104/92) con circa 1500 utenti visti nell'anno:

- sopravvivenza dei prematuri ad alto rischio
- afflusso di migranti con bambini menomati
- modificarsi della cultura sociale che accetta oggi di più rispetto al passato, il riconoscimento della situazione di handicap di un bambino come porta di accesso a servizi .

Trattandosi di pazienti con **elevato grado di cronicità** restano in carico alle UFSMIA per lo più fino alla maggiore età, ma con diverso grado di intensità di cura nel corso degli anni. **Superata la prima fase di riabilitazione, quella più intensiva, si fanno controlli periodici della salute del bambino e cicli di cura, mentre diventano sempre più cruciali per il futuro sviluppo tutte le attività “abilitative” che il bambino può svolgere in ambienti protetti e stimolanti, come la scuola e gli ambienti educativi in genere.**

Riabilitazione della UFSMIA di Pisa : 2002-2006

60	Paralisi Cerebrale Infantile
3	Paralisi Ostetrica
16	Autismo e S.da alterazione globale dello sviluppo p.
11	Sordità
4	Cecità
91	Disturbo Specifico Linguaggio
130	Disturbo Specifico Apprendimento
13	Cromosomopatie (es. S. di Down)
60	Ritardo Mentale (lieve, medio,grave-gravissimo)
116	Patologie Ortopediche (<i>scoliosi, piede torto, torcicollo congenito</i>)

Ritardo Mentale o Insufficienza mentale (oligofrenia)

Un funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media (<70 di Q.I), associato ad una compromissione del comportamento adattivo che si manifesta nel corso dell'età evolutiva, prima dei 18 anni.

R..M lieve Q.I fra 69 e 50

R..M medio Q.I fra 49 e 35

R..M grave Q.I. fra 34 e 20

R..M gravissimo o profondo Q.I inferiore a 20

Cause del Ritardo Mentale

- 3) Cause organiche: lesioni cerebrali acquisite (es. da ipossia o prematuranza) o conseguenti a fattori ereditari (es. sclerosi tuberosa, s. di Down, s. X fragile, errori del metabolismo su base genetica, disendocrinopatie es. ipotiroidismo)
- 2) Cause socioambientali: ambiente di basso livello socioeconomico e culturale, carenze di cura e povertà di stimolazione del bambino, malnutrizione, ambiente familiare instabile e/o inadatto affettivamente

Il Ritardo mentale è una condizione trasversale a svariate patologie e Sindromi Neurologiche dovute alle cause più diverse, che comunque hanno provocato un danno a livello corticale: quanto più è grave il danno, tanto prima viene riconosciuto essendo accompagnato da anomalie importanti dello sviluppo anche motorio e del linguaggio.

Il Ritardo Mentale Lieve si manifesta con un rallentamento nel raggiungimento da parte del bambino delle normali tappe di sviluppo e viene spesso inizialmente sottovalutato nella sua pervasività e gravità per lo sviluppo successivo. *Il termine “lieve” può risultare in effetti fuorviante in quanto la menomazione è assai consistente.*

Decorso del Ritardo Mentale

Il decorso è fortemente influenzato:

- 1) dalle *condizioni mediche di base* (es. esistenza di un esteso danno cerebrale o di una sindrome polimalformativa associata. Più grave è il Ritardo più alta è la probabilità di disturbi associati sia neurologici che generali);
- 2) dai *fattori ambientali* : stimolazione ambientale precoce e intensiva, relazioni di accudimento significative e stabili, collaborazione della famiglia e della scuola alle cure, opportunità scolastiche e formative in genere,

Il Ritardo mentale è una delle più gravi, pervasive e diffuse compromissioni dello sviluppo. Tuttavia con gli opportuni supporti il bambino con Ritardo Mentale può migliorare in modo significativo e, almeno nei casi meno gravi, sviluppare capacità adattive sufficienti per una vita sociale e lavorativa autonoma .

Il Ritardo mentale lieve è il più frequente dei ritardi mentali (85%). Nei primi anni questi bambini hanno compromissioni dello sviluppo psicomotorio poco evidenti, mentre in seguito esibiscono gravi difficoltà negli apprendimenti di base lettura e scrittura, calcolo. Pur migliorando molto con trattamenti adeguati, mantengono un livello di apprendimento di tipo elementare (circa V elem.). Possono sviluppare una autonomia adeguata, ma necessiteranno di supporto e guida in situazioni difficili per tutta la vita.

Nel Ritardo mentale medio difficilmente i pazienti raggiungono una sufficiente autonomia lavorativa, ma possono imparare a provvedere almeno alla cura della propria persona. Possono comunque beneficiare di un addestramento alle attività sociali e lavorative, e con un lungo training acquisire delle abilità lavorative semplici, in situazioni protette, a fini per lo più socioabilitativi.

Difficilmente progrediscono oltre il livello di una II elementare e pertanto da adulti necessiteranno sempre di una forte supervisione in ambienti di lavoro protetto, e di sostegno in situazioni di stress.

Paralisi cerebrali infantili

Sono sindromi neurologiche conseguenti ad un danno che si è verificato nel sistema nervoso centrale nel periodo pre o perinatale, implicano un disturbo persistente, ma non immodificabile, del movimento e della postura che si manifesta entro il primo anno di vita, non progressivo.

Possono essere concomitanti , ma non di necessità, epilessia e /o ritardo mentale .

Fattori causali prenatali (circa il 16%) delle PCI:

Infezioni virali materne

Malattie croniche della madre (diabete, nefropatie)

Tossicosi della madre (alcol, droghe, farmaci)

Radiazioni

Incompatibilità maternofetali (fattore Rh)

Fattori causali perinatali delle PCI (circa il 62%):

Traumi ostetrici: travaglio troppo prolungato, presentazioni anomale, manovre ostetriche etc...

Gravidanza multipla

Anossia-ipossia

Asfissia (insufficienza respiratoria del bambino)

Fattori causali postnatali delle PCI (circa il 12%):

Encefaliti e meningoencefaliti

Neoplasie

Traumi cranici

Fattori vascolari

Diagnosi precoce delle PCI

I mese: età del sospetto. Alterazione della reattività, fissazione assente, ipotonia o ipertonia, ipereccitabilità dei riflessi, alterazioni della circonferenza cranica.

IV mese: età dell'orientamento. Fissazione incostante, inseguimento dello sguardo assente, sorriso assente, controllo del capo deficitario, iper o ipotonia, mani chiuse a pugno, persistenza dei riflessi arcaici, asimmetria di lato, alt. circ. cranica.

IX mese: età della certezza. Incompleto controllo del capo e tronco, schemi motori patologici, anomalie del tono, asimmetrie di lato, deficit coordinazione occhio-mano, ecc. (Intorno all'anno di età il quadro si è ormai stabilizzato).

Classificazione secondo l'aspetto clinico delle PCI:

Forme spastiche (50%)

Forme atetosiche (20%)

Forme atassiche (10%)

Forme miste

Sintomi associati al disturbo motorio:

Disturbi sensitivi

Disturbi sensoriali

Disturbi del linguaggio e/o della sfera cognitiva

Epilessia

Disturbi della sfera emotiva e/o comportamentali

Autismo e Disturbi generalizzati dello sviluppo psicologico

Sono compromesse tutte le varie aree dello sviluppo, fra cui la capacità di interazione sociale (empatia, attenzione condivisa, ecc), le capacità di comunicazione (il linguaggio può essere del tutto assente o variamente compromesso), le funzioni cognitive (compromesse nell'80% dei casi, sia pure con isole di competenze conservate o anche superiori) le abilità comportamentali (interesse privilegiato per gli oggetti rispetto alle persone, tendenza alla ripetitività, stereotipie, comportamenti bizzarri, interessi o preferenze spiccate e rigide, difficilmente modificabili, ecc)

Trattamento e Cure

In tutte le forme di *compromissione generalizzata dello sviluppo psicologico* il trattamento deve contemplare aspetti riabilitativi delle funzioni lese (punti di debolezza) fin dove possibile (senza accanimento terapeutico!), ma soprattutto deve incentivare le funzioni residue sostitutive e promuovere tutti i talenti naturali del bambino rimasti indenni (punti di forza), curare gli aspetti affettivi di tutte le relazioni, porgere attenzione costante alla motivazione del bambino, offrire sostegno ai caregivers e a tutti gli educatori coinvolti e cercare il coinvolgimento pieno nel progetto di cura.

Epilessia

Forme di epilessia diverse per causa: *primitive o funzionali* in cui non è rintracciabile una lesione anatomica evidente, e *organiche* ovvero *secondarie* a diversi tipi di lesioni cerebrali (encefalopatie ipossiche, virali, metaboliche, traumatiche ecc).

Forme cliniche diverse a seconda dei sintomi critici presentati (ad esempio: crisi *generalizzate*, con perdita totale di coscienza e movimenti tonico clonici talora estesi a tutto il corpo, o *parziali*, di solito con alterazioni solo parziali della coscienza, a *sintomatologia elementare* (motoria o sensoriale o vegetativa) o *complessa* (con varie combinazioni di sintomi motori e non, di tipo affettivo, di tipo psicosensoriale o cognitivo) .

Grande Male, S. di West, S. di Lennox Gastaut

Crisi di piccolo male -Assenze

Crisi parziali semplici o complesse

Crisi toniche, atoniche –acinetiche

Crisi febbrili

Durante le crisi generalizzate o parziali con componente vegetativa, si può avere perdita di urine e feci, senza che il soggetto se ne accorga. Segue in genere un periodo di sonno o di obnubilamento della coscienza.

- Crisi fortuite
- Crisi cicliche (ritmi circadiani)
- Crisi evocate : fattori non sensoriali (ipertermia, iperpnea, stress fisico o psichico) o fattori sensoriali (stimoli luminosi intermit.)

Sorvegliare il paziente in preda alla crisi , liberando lo spazio intorno e impedendo così che possa farsi male , non tentare di impedire il morso, aspettare il termine della crisi per accudirlo e farlo riposare. Nel frattempo avvertire la famiglia e chiamare il 118.

Enuresi Encopresi

Si tratta di disturbi del controllo degli sfinteri, nella cui patogenesi intervengono sia **fattori organici** (come caratteristiche dell'organo implicato es. ipertonia della parete vescicale, immaturità del muscolo detrusore della vescica, eccessiva produzione di urine durante la notte, oppure megacolon, ecc) sia **fattori psicologici** (volontà di rimanere piccolo e dipendente, conflittualità con le figure parentali o la fratria, aggressività nascosta). Di solito non sono disturbi concomitanti, mentre si associano talora a tratti di personalità particolari (come l'oppositarietà con l'encopresi), tendono alla risoluzione spontanea, ma non sempre in tempi brevi. Il bambino non deve essere mortificato, ma coinvolto nelle strategie di cura.

Tutte le relazioni che un bambino o un ragazzo riesce a instaurare intorno a sé possono essere importanti nel suo processo di sviluppo: nell'ambito di una relazione di cura anche solo fisica, anche transitoria, possono essere espressi sentimenti umani importanti e profondi, ed essere così portate in luce facoltà comunicative talora silenti. Ciascuno di noi, anche in un incontro breve e fortuito, se si coinvolge emotivamente, può sollecitare nell'altro la sua voglia di esprimersi e favorire l'emergere della sua persona. Ognuno di noi ha un suo proprio "talento" comunicativo e psicologico naturale, e può istintivamente riuscire là dove altri, anche più esperti, hanno fallito: purché non tenda a sottrarsi alla relazione, ritenendosi "inesperto" o "non responsabile".