

Il bambino piange? Dagli una pasticca

Specchio 21/05/2005

N.468

I medici del reparto di Neuropsichiatria delle Molinette di Torino tutto si aspettavano tranne vedersi recapitare una bambina di undici anni da un altro ospedale, con tanto di scritta che diceva «qui non siamo in grado di gestirla, pensateci voi». Una bambina di undici anni alla «neuro»: roba da manifestazioni in piazza, se a deciderlo fossero stati gli psichiatri. Ma se ci si arriva dopo una catena di emergenze irrisolte, vuoi dire che qualcosa, anzi parecchio, non funziona visto che parliamo di bambini e salute mentale. Due sono le spie d'allarme che lampeggiano pericolosamente: l'aumento esponenziale delle prescrizioni di antidepressivi ai minori e la battaglia - di cifre, di orientamento medico, persino ideologica - sulla sindrome da deficit di attenzione e iperattività (sigla: Adhd). Forse ne soffre anche la bambina «pestifera» parcheggiata, e subito sommersa di coccole, bisogna dirlo, all'ospedale le Molinette (ve di articolo alla pagina 39).

Andiamo per ordine. Negli ultimi cinque anni - dati raccolti dall'Istituto Mario Negri di Milano - in Italia le prescrizioni di antidepressivi sono aumentate del 280 per cento, quasi quadruplicate. E i farmaci che hanno conosciuto la maggiore espansione sono gli «inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina» (sigla: Ssri), cioè quelli che agiscono sui neurotrasmettitori che regolano l'umore.

Soltanto che questi farmaci sono nel mirino della Fda americana e dell'Ema, l'Agenzia europea per i medicinali. Studi indipendenti hanno rilevato che proprio i minori in cura con alcuni tipi di Ssri hanno mostrato una maggiore propensione al suicidio, drammatico «effetto collaterale». La Fda ha imposto che sulle confezioni di alcuni di questi fossero stampigliati i biode boxes, quegli avvisi terrorizzanti che si trovano sui pacchetti delle sigarette, per informare sui pericoli che si corrono.

L'Ema, il 21 aprile scorso, ha sconsigliato l'uso per i minori di undici farmaci di questa classe. La seconda categoria a rischio è quella bambini iperattivi: capricciosi, che disturbano e non stanno mai attenti. Qui il nodo del contendere è il Ritalin (vedi riquadro a pagina 42), un farmaco usato per la sindrome da iperattività. Ritirato dal commercio nel 1986, sta per essere riammesso con l'approvazione del ministero della Salute, ancora sospesa dopo una mezza sollevazione di piazza di associazioni di genitori. Se alcuni psichiatri lo ritengono indispensabile, altri lo considerano né più né meno una droga. 1 caso del Ritalin è emblematico dell'influenza delle case farmaceutiche su scelte fondamentali », commenta Luca Poma, portavoce nazionale dell'associazione

Giulemanidaibambini. «Studi negli Stati Uniti hanno dimostrato che può portare a forme di dipendenza. È una sostanza simile alle anfetamine, non dimentichiamolo. E ora vogliono riproporlo come cura. Ci credo, soltanto negli Stati Uniti vale un mercato di due miliardi di dollari all'anno». Giulemanidaibambini sta conducendo da quattro anni una campagna per arrivare a una legge che regoli in modo restrittivo la somministrazione di psicofarmaci ai bambini. «Prima però», precisa Poma, «vogliamo arrivare a un testo di consensus, una posizione condivisa dal maggior numero possibile di psichiatri, psicologi, esperti delle istituzioni. Un testo in cui si dica che l'opzione farmaci è l'ultima scelta, che prima bisogna cercare altri approcci di cura, che bisogna lavorare con le famiglie, le scuole per aiutare i bambini a superare i loro disagi». Una posizione, per la verità, già molto condivisa. Anche il ministero della Salute sta lavorando in questa direzione. Ma la tensione è tale che anche le buone intenzioni scatenano polemiche. Il ministero, con l'Istituto superiore di sanità, sta preparando un progetto per migliorare l'assistenza sul territorio, creando dei centri di riferimento regionali ai quali rivolgersi in caso di disturbi psichici. Ma, appena è trapelata l'idea di un «registro» dove iscrivere e monitorare i ragazzi in cura con psicofarmaci, si è scatenato il finimondo. «Il "registro" è stato definito "una schedatura nazista", ma nessuno dice che in realtà è anonimo e che servirà a controllare e a evitare l'abuso di psicofarmaci », spiega Maurizio Bonati, capo del laboratorio materno- infantile del Mario Negri e uno dei consulenti dell'Istituto superiore di sanità. Ma a parte questo incidente di comunicazione, i disaccordi, anche nella comunità scientifica, ci sono. Alcuni settori hanno spinto per l'uso degli antidepressivi di nuova generazione, anche in alcuni casi della sindrome da iperattività. «Ma i risultati sono disastrosi, tanto che sia l'Fda americana che, recentemente, l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) hanno posto limiti severi»,

spiega Bonati. Per quanto riguarda il Ritalin, invece, Bonati è d'accordo sulla sua reintroduzione. «Sì, serve in alcuni casi di Adhd "puro", casi dirompenti, di difficile gestione, con una forte componente di violenza. Comunque, il farmaco sarà riammesso con molte limitazioni e controlli». L'Adhd è uno dei disturbi psichiatrici più dibattuti negli ultimi tempi, anche se la prima descrizione dei sintomi risale al 1902 a opera dell'inglese George Still. Ma anche su questa primogenitura non tutti sono d'accordo: altri individuano nel tedesco Heinrich Hoffmann il primo ad aver descritto i sintomi, in una pubblicazione del 1845. Adhd sta per Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, ovvero disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Il bambino che ne è colpito non è in grado di concentrarsi su una cosa alla volta, di stare fermo. Il problema non è soltanto che disturba i compagni e a volte rende impossibile la vita di classe. Questo è il meno. Il problema è che questa continua disattenzione pregiudica il suo sviluppo intellettuale e la vita sociale. Il bambino con Adhd è spesso un bambino solo, deriso, incompreso. I sintomi, però, sono abbastanza generici: un conto è la vivacità, un altro l'iperattività; una cosa è non riuscire a seguire una lezione noiosa, altra cosa è non seguire niente. «Nel Manuale diagnostico Usa, punto di riferimento per la sindrome da disattenzione e iperattività, i sintomi vengono quasi sempre richiesti con un avverbio incredibilmente vago e soggettivo: "spesso"», conferma Agostino Pirella, professore ordinario di Psichiatria all'Università di Torino. «E si fa anche un grande uso del verbo "sembrare". Altri esempi sono ridicoli: si dice che il bambino "è spesso sotto pressione" o agisce come se fosse "motorizzato". Io ho scritto, e lo ribadisco, che la diagnosi per il disturbo di attenzione è una diagnosi psichiatrica inconsistente e pericolosa».

ALLA RICERCA DELLE CAUSE GENETICHE

La difficoltà della diagnosi ha spinto i ricercatori che sostengono la teoria «organicista», quella che cioè lega la malattia a particolari deficit fisici, a sfruttare le moderne tecniche diagnostiche. Oggi, con la Pet, è possibile avere immagini del cervello molto precise. Alcuni studi hanno rilevato nel cervello di pazienti con Adhd un volume inferiore alla media, con anomalie a carico della corteccia prefrontale destra e di altre aree: a essere meno attive sarebbero proprio quelle cui spetta il controllo dell'attenzione. Le cause sarebbero sia genetiche sia ambientali. Sono stati individuati 10-20 geni che potrebbero avere un ruolo nell'origine del disturbo, alcuni dei quali sono coinvolti nella funzione del neurotrasmettitore dopamina. I fattori ambientali sono legati alla vita neonatale: il basso peso alla nascita, il parto prematuro possono aumentare notevolmente il rischio. Anche l'uso da parte della futura mamma di alcol o tabacco hanno un peso non indifferente. Il fumo ha mostrato, negli studi su animali, di interferire direttamente con il sistema che regola la dopamina del nascituro.

IL RUOLO DIFFICILE DEI GENITORI

«Il disturbo è reale, esiste ed è un disturbo del cervello», conferma Paolo Curatolo, professore ordinario di Neuropsichiatria infantile all'Università Tor Vergata di Roma e presidente della International Child Neurology Association. «Sui sintomi, sulle diagnosi, ovviamente, si può discutere, ma è sbagliato dividersi sulle posizioni "farmaco sì, farmaco no". È come dire "antibiotici sì, antibiotici no". Se un paziente ha una febbre leggera, una piccola infezione, è inutile somministrare subito antibiotici. Ma se ha una broncopneumonia devo darglieli. Allo stesso modo, se ha un disturbo psichico che riusciamo a guarire con terapie solo psicologiche è inutile somministrare psicofarmaci. Ma se non reagisce, se è grave, occorre anche utilizzare la terapia farmacologica». Di sicuro, se il piccolo paziente viene curato per tempo, e si avvia una terapia psico-educativa comportamentale, nelle forme lievi è possibile evitare i farmaci. Questo genere di interventi richiede però un notevole impegno dei genitori, accanto allo psicologo e all'insegnante.

«Ma non è facile essere il genitore di un bambino con disturbi dell'attenzione e iperattivo», spiega Raffaele D'Errico, presidente dell'Aria (Associazione italiana famiglie Adhd) e padre di un ragazzo dodicenne colpito da questa sindrome. «Siamo stati accusati di essere noi i colpevoli, di non averlo saputo educare. Ma io ho quattro figli, e con gli altri non ho avuto nessun problema. Ci deve essere una causa organica, non può essere solo l'ambiente». Con suo figlio, D'Errico aveva provato tutto, cambiare scuola, terapia psicologica, ma alla fine sono stati i farmaci - e proprio il Ritalin - a dare i

migliori risultati. «Anche se le statistiche sono a volte contraddittorie (vedi riquadro a sinistra, ndr), in linea di massima si può dire che c'è un tre, quattro per cento di bambini con la sindrome da disattenzione e iperattività. Di questi, circa un terzo ha bisogno anche di terapie farmacologiche, quindi l'un per cento del totale. Noi non diciamo "fermaci subito". Chiediamo però che ai genitori sia data la possibilità di usufruire anche di questo tipo di cure, quando è necessario. Nessun genitore darebbe psicofarmaci a suo figlio così, alla leggera. Ma bisogna avere un figlio con Adhd per capire quanto, a volte, una pillola possa essere una salvezza».

QUANTI SONO? LE STATISTICHE DANNO DATI CONTRASTANTI Il rebus dei bambini iperattivi
A leggere le statistiche sull'incidenza dell'Adhd (vedipagina 42) viene da rispolverare la celebre battuta del primo ministro inglese Benjamin Disraeli: «Ci sono tre specie di bugie: le bugie, le sfacciate bugie e le statistiche». La situazione, almeno in Italia, è parecchio confusa. Scriveva Maurizio Bonati capo laboratorio materno-infantile dell'Istituto Mario Negri di Milano, negli atti del Convegno nazionale di consenso sull'Adhd che si è tenuto nel 2003 a Cagliari: «Circa la prevalenza dell'Adhd abbiamo studi che partono dalla scuola e che mostrano una prevalenza del 5,5-8,5 per cento; studi eseguiti presso gli ambulatori medici danno una stima dell'8,2-12 per cento; studi fatti in centri di riferimento mostrano prevalenze ancora più alte. Questo che cosa significa? Che non sono dati veri! La grossa variabilità dipende dal metodo con cui stimiamo la prevalenza». Bonati cita uno studio nelle scuole del 1993 che mostra una prevalenza del 3,6 per cento, una indagine a Torino del 1998 negli ambulatori dei Pediatri di famiglia che dava un 2,52 per cento, un altro studio a Roma nel 1999 che mostrava una prevalenza dell'11,51 per cento. In Friuli, sempre i Pediatri di famiglia hanno rilevato una prevalenza soltanto dello 0,43 per cento, bassissima, uno studio a Cesena del 2003 la pone all'1,1 per cento. «Potremmo dire», conclude Bonati, «che i bambini Adhd sono almeno l'1 per cento, ma se non conosciamo bene la prevalenza come potremo stabilire quali sono i bisogni reali?».