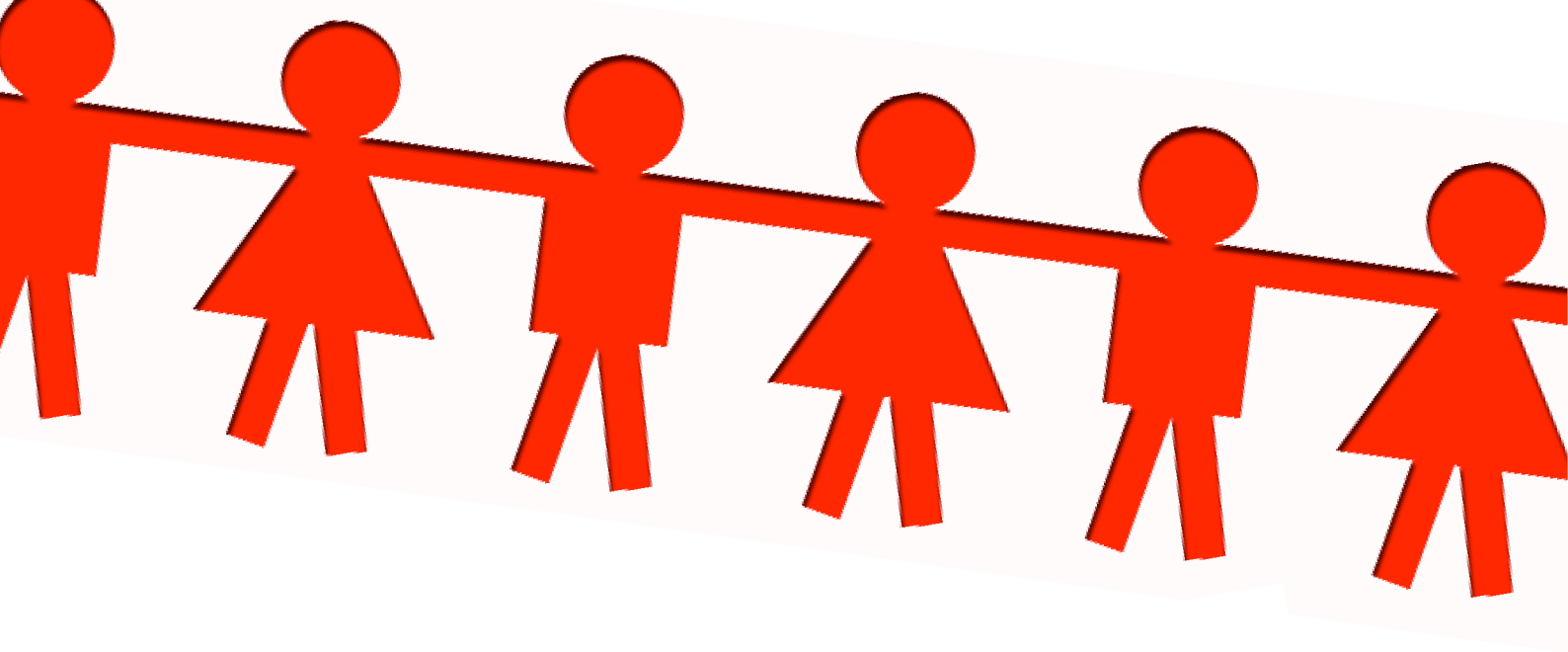

CAMPAGNA SOCIALE DI SENSIBILIZZAZIONE CONTRO GLI ABUSI NELLA SOMMINISTRAZIONE DI PSICOFARMACI A BAMBINI ED ADOLESCENTI, A CURA DEL COMITATO **"GIÙLEMANIDAIBAMBINI"®**

GIU' LE MANI DAI BAMBINI ®

www.giulemanidaibambini.org

NON ETICHETTARE TUO FIGLIO PARLAGLI!

campagna promossa da

con il patrocinio di

Rai Segretariato Sociale

con la collaborazione di

LA STAMPA

e-Ring.IT

Premessa

“Giù le mani dai bambini” © è una campagna informativa – patrocinata da RAI RadioTelevisione Italiana – che ha come scopo la sensibilizzazione del grande pubblico e la formazione di insegnanti e genitori su di una delicata tematica d’attualità: i sempre più frequenti abusi nella somministrazione di psicofarmaci a bambini ed adolescenti. L’iniziativa – apartitica e non confessionale - è promossa da un comitato promotore costituito da associazioni ed enti rappresentativi della volontà di oltre 5 milioni di italiani.
Questa pubblicazione è stata elaborata da un folto gruppo di volontari ospedalieri - tra i quali medici, pediatri, psicologi e psichiatri - e descrive l’allarmante situazione attuale del mercato degli psicofarmaci in rapporto ai bambini. I mass-media hanno in più occasioni riportato il parere di numerosi addetti ai lavori - critici nei confronti delle strategie dell’industria del farmaco - i quali sostengono la tesi secondo la quale alcune case farmaceutiche starebbero procedendo all’individuazione di nuovi segmenti di mercato per promuovere le vendite di diversi tipi di prodotti farmaceutici: secondo queste fonti, la fascia d’età dell’infanzia è stata identificata dalle multinazionali del farmaco come un segmento ancora vergine e suscettibile quindi di un forte sviluppo (vedi “Washington Post”, “New York Times”, “L’Espresso”, “Repubblica”, “Il Corriere della Sera”, “Panorama” e altri numerosi articoli di stampa nazionale ed estera raccolti nella sezione “Press Room” del nostro portale **www.giulemanidaibambini.org**).

Il comitato promotore di quest’iniziativa non vuole tuttavia promuovere una “crociata populista” contro l’una o l’altra multinazionale o contro specifici prodotti farmacologici, ne disconoscere a priori l’esistenza di patologie proprie dell’infanzia e dell’adolescenza: unico scopo del progetto è di sensibilizzare la cittadinanza sui **rischi di abuso**, evidenziando con obiettività pro e contro della soluzione farmacologica, e fornendo quindi gli strumenti per porre il bambino e la sua famiglia al centro dell’attenzione tutelando i loro diritti. Diverse ricerche scientifiche indipendenti hanno infatti dimostrato al di là di ogni ragionevole dubbio che esistono terapie pedagogiche, cognitivo-comportamentali e di altra natura – scientificamente testate - degne di essere prese in seria considerazione per la risoluzione dei disagi dell’infanzia e dell’adolescenza. Numerosi ed accreditati esperti sostengono inoltre prudentemente la tesi secondo la quale, prima di procedere alla massiccia somministrazione di uno psicofarmaco volto a “curare nascondendo i sintomi” senza risolvere il vero problema alla fonte del disagio, sia indispensabile valutare con grande attenzione la situazione clinica e psicologica del bambino nel suo complesso, processo nel quale la figura professionale del pediatra, del pedagogista e del nutrizionista devono ritrovare un ruolo di grande protagonismo. Lo psicofarmaco in molti casi è invece purtroppo diventato quasi una moda, una “facile soluzione”: la pastiglia alla quale delegare con superficialità la risoluzione di qualunque problema, inclusi quelli di carattere squisitamente sociale ed ambientale.

cos'é l'ADHD

(sindrome da disattenzione ed iperattività)
E QUALI SONO LE TERAPIE PIU' FREQUENTEMENTE PROPOSTE.

Agli inizi degli anni '80, alcuni psichiatri riaffermarono con decisione l'esistenza di una malattia mentale dell'infanzia, della quale troviamo le prime tracce già nel lontano 1845 in un trattato del medico Heinrich Hoffman. Questo disturbo - a loro dire - **colpisce i bambini**, e consiste essenzialmente nel fatto che questi (i bambini etichettati come "malati") sono marcatamente distratti, disattenti e troppo vivaci, agitati ed ingestibili, a volte irrispettosi con l'insegnante o violenti nei confronti dei propri compagni di classe. La "malattia", dopo i primi tentativi di catalogazione diagnostica degli anni '50, fu successivamente inserita – nonostante il parere contrario di autorevoli ricercatori e specialisti - nel "Manuale Diagnostico e Statistico" (DSM, "Diagnostic and Statistical Manual"), testo di riferimento per la psichiatria mondiale, con il nome "Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività" (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – siglato "ADHD"). Nel DSM è enumerata una lista di comportamenti o atteggiamenti differenti: per perfezionare una diagnosi di ADHD è sufficiente che chiunque ne abbia interesse riempia con delle crocette le caselle degli appositi questionari. Sono sufficienti **sei risposte affermative su nove** - su una di due diverse liste - e la diagnosi è perfezionata.
Le domande (riferite anche a bambini della scuola materna) sono del tipo:

- **"muove spesso le mani o i piedi o si agita sulla sedia?"**
- **"è distratto facilmente da stimoli esterni?"**
- **"ha difficoltà a giocare quietamente?"**
- **"spesso chiacchiera troppo?"**
- **"spesso origina delle risposte prima che abbiate finito di fare la domanda?"**
- **"spesso sembra non ascoltare quanto gli viene detto?"**
- **"spesso interrompe o si comporta in modo invadente verso gli altri, per esempio irrompe nei giochi di altri bambini?".**
- **…e altre di questo tenore**

Si noti l'assoluta **assenza di scientificità** di definizioni come "spesso" e "frequentemente", nonché la genericità di altre significative variabili del comportamento quali il contesto, la durata, l'intensità e la forma del disturbo. Inoltre, secondo gli attuali protocolli diagnostici:

- *alcuni dei sintomi di iperattività e disattenzione devono essere presenti prima dei 7 anni d'età.*

Ci chiediamo: perché non tutti i sintomi? E quali di essi? Per quale durata temporale devono aver persistito?

- *una certa menomazione, a seguito dei sintomi, deve essere presente in due o più contesti sociali (scuola/lavoro/casa*)

"Certa" perchè "presente con certezza" o "certa" perchè "identificabile per intensità e tipo"? E quale menomazione in particolare?

- *deve essere presente una evidente compromissione - clinicamente significativa - del livello di sviluppo e del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo*

Chi può valutarla retrospettivamente a distanza di anni? Ci si basa solo sui ricordi di

genitori e insegnanti? Cosa si intende per “normale livello di sviluppo”? Esiste una soglia per la “normale” impulsività? Quanto è disattento un soggetto considerato “nella norma”?
A queste e ad altre simili domande non viene normalmente fornita un’adeguata risposta. Ovvio quindi che i fautori della soluzione psicofarmacologica siano sempre più frequentemente accusati di **imperdonabile superficialità nelle diagnosi**, tanto più in considerazione dell’estrema delicatezza della fascia d’età sulla quale tali diagnosi insistono. Desta inoltre stupore che i criteri diagnostici siano sempre i medesimi, a prescindere dall’età dei soggetti diagnosticati. Il dott. prof. William Carey, laureato all'Università di Harvard e Clinical Professor di Pediatria presso l'Università della Pennsylvania, esperto riconosciuto a livello internazionale nella misurazione della variazioni di temperamento dell'infanzia, afferma senza alcun dubbio che "il corrente sistema diagnostico ignora il ruolo dell'ambiente ed ignora anche ogni prospettiva evolutiva.

I questionari utilizzati per diagnosticare l'ADHD sono altamente **soggettivi ed impressionistici**. Le differenze di esperienza, tolleranza, stato emotivo etc dell'intervistatore non vengono tenute in alcun conto, e nonostante questa vaghezza e nonostante il fatto che le scale di valutazione utilizzate **non soddisfino** i criteri psicometrici di base, i sostenitori di questo approccio pretendano che questi questionari forniscano una diagnosi accurata"

La “malattia” (ADHD) si è quindi “diffusa” come un’epidemia. Nei soli USA i bambini etichettati come malati erano 150.000 nel 1970, mezzo milione nel 1985, un milione nel 1990, oltre **8 milioni** ad inizi 2003 e circa **11 milioni** oggi: il 18-20% dell’intera popolazione infantile scolastica di quella nazione pare soffrire di questa “sindrome”, che peraltro, continua a non avere una definizione di carattere clinico sufficentemente precisa da non generare polemiche.
I farmaci più utizzati come terapia per l’ADHD sono derivati dell’**anfetamina** (le anfetamine sono sostanze normalmente usate come eccitanti ed il cui uso sregolato è letale: sotto gli occhi di tutti è l’abuso da parte di alcuni gruppi di ragazzi frequentatori abituali di discoteche o da parte degli atleti “dopati”). Per un effetto “paradosso” - contrario a quanto ci si aspetterebbe, in virtù del particolare metabolismo dei bimbi - questi derivati dell’anfetamina “tranquillizzano” i bambini, permettendo agli stessi una diversa e più mirata gestione del proprio livello di attenzione nei confronti degli stimoli esterni (p.es. la lezione dell’insegnante a scuola, od i compiti a casa).

Questi farmaci sono in teoria somministrabili solo sotto stretto controllo medico, e tassativamente non a minori di età inferiore ai 7 anni. In realtà sono acquistabili su internet anche senza ricetta, e vengono comunque correntemente prescritti anche a bambini di 2/3 anni; sono state registrate prescizioni anche nel periodo neonatale (meno di un anno di età). Tra i numerosi effetti collaterali, è segnalata con frequenza non trascurabile anche la “sindrome di Gilles de la Tourette”: una serie di tic nervosi incontenibili, grossolani e gravemente invalidanti, estesi a tutto il corpo, che non regrediscono neanche con l’eventuale interruzione della somministrazione del farmaco. Numerosi potenziali effetti collaterali – anche gravi, dalle convulsioni al coma epatico – rilevati durante le sperimentazioni successive alla messa in commercio del farmaco, non figurano inoltre sui foglietti illustrativi che accompagnano le confezioni in commercio (vedi il nostro sito alla sezione “Ricerche Scientifiche, area Farmaci”).
Diverse centinaia di bambini sono **deceduti** mentre erano sotto terapia con questi medicinali, la maggioranza per impiccagione, alcuni con l’ossido di carbonio, un numero rilevante per attacco cardiaco, in quanto l’uso prolungato di questo tipo di anfetami-

ne danneggia il miocardio. Anche la Food & Drug Administration (il Ministero della Sanità in USA, ndr) riporta per cause direttamente imputabili all'uso di psicofarmaci - solo nel territorio americano e solo fino all'anno 2000 - 186 bambini ed adolescenti morti, e 569 ricoveri d'urgenza, dei quali 36 attualmente a rischio di morte; queste statistiche escludono ovviamente tutti gli effetti collaterali di lungo periodo. Tuttavia i derivati anfetaminici non sono l'unico tipo di psicofarmaci prescritti in questi casi: diversi psicofarmaci "di nuova generazione" stanno venendo immessi sul mercato, apparentemente con effetti collaterali meno distruttivi, ma ancora tutti da "collaudare" alla prova dei fatti: l'atomoxetina ad esempio, "venduta" come la nuova soluzione priva o quasi di effetti collaterali, che è in realtà un **vecchio antidepressivo**, mai autorizzato al commercio a causa della sua pericolosità, e "riciclato" oggi come farmaco-prodigio per i bambini. Ricordiamo peraltro come anche i derivati dell'anfetamina furono immessi sul mercato "sicuri al 100%", sulla base delle risultanze di ricerche scientifiche spesso finanziate dalle stesse case farmaceutiche produttrici, mentre oggi come oggi la pericolosità di queste soluzioni farmacologiche è sotto gli occhi di tutti, dimostrata scientificamente grazie a numerose ed accreditate ricerche indipendenti (si veda la sezione "Ricerche Scientifiche" del nostro sito)

Le altre ragioni mediche che spiegherebbero un atteggiamento di iperattività e disattenzione del bambino (alto livello di piombo nell'ambiente, alto livello di mercurio nel corpo, eccesso di pesticidi, coloranti, additivi o di zuccheri nel cibo, carenze nutritive, etc), sono **sistematicamente ignorate** da molti psichiatri, così come le relative terapie, che garantirebbero probabilmente un'efficace risoluzione del problema senza necessità di terapie psicofarmacologiche invasive. Anche i problemi di relazione con il prossimo, con i docenti o con i familiari (problematiche antiche come il mondo e non necessariamente correlate ad alcun tipo di "sindrome") sono quasi sempre ignorate da molti esperti, i quali privilegiano al dialogo soluzioni più "facili" quali quella della "pillola miracolosa" che pare risolvere tutto.

E' evidente che questo approccio "disinvolto" ad un problema così delicato ha generato un acceso dibattito nel mondo scientifico ed accademico, contrapponendo la classe medica e buona parte degli psichiatri ad una minoranza di sostenitori della soluzione farmacologica ad oltranza. Un noto esperto, il prof. Agostino Pirella, ordinario di Psichiatria alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino, dichiara: *"…si può affermare che la diagnosi di questa sindrome, con i suoi connessi, è una diagnosi psichiatrica inconsistente e pericolosa. Inconsistente per le modalità con cui si perfeziona; pericolosa per le conseguenze sociali di una diagnosi stigmatizzante per il bimbo, nonchè per lo stesso trattamento, che* ***mette a rischio la salute mentale del bambino…****"*.

Cosa Dice la scienza?

Come spesso accade in questi casi, purtroppo “tutto ed il contrario di tutto”. Se per un’analisi esaustiva di tutti gli aspetti scientifici e bioetici del problema è opportuno rimandarvi alla navigazione del nostro portale (**www.giulemanidaibambini.org**), possiamo tuttavia sollecitarvi ad alcune riflessioni, prendendo spunto dalla posizione di alcune associazioni italiane “sponsor” della soluzione farmacologica.

Criticando aspramente ogni tentativo di promuovere una serena riflessione sull’argomento, queste associazioni si schermano dietro il paravento del “diritto alla cura”: il loro punto di vista in sintesi è “chi non somministra psicofarmaci ai bambini con questi disagi li priva della cura, quindi non ha a cuore la salute dei bambini stessi”, quasi che la somministrazione di potenti psicofarmaci sia l’unica soluzione efficace percorribile. Sollecitandovi comunque ad un approccio equilibrato, ovvero a prendere visione della sezione “Pro” sul nostro sito, con le più importanti argomentazioni a favore della somministrazione di psicofarmaci, analizziamo alcune affermazioni che caratterizzano questa presa di posizione, ricca di apparenti certezze quanto di clamorose inesattezze (numerati tra parentesi, i rimandi alle ricerche citate, vedi la bibliografia scientifica in appendice a questa nostra pubblicazione):

• *“la prima, iniziale descrizione di questi disturbi psichiatrici dell’infanzia risale ad inizio ‘900”*

Quest’affermazione dimostra una notevole superficialità, ed è inesatta, dal momento che questi disturbi vennero descritti la prima volta già nel 1845 dal medico Heinrich Hoffman in una pubblicazione intitolata “The story of Fidgety Philip”, e solo in un secondo momento riconosciuti come un problema psichiatrico, in seguito ad una serie di conferenze tenute da Sir George Still per il Royal College of Physicians, in Inghilterra nel 1902. In ogni caso, la corretta datazione dei primi rilievi clinici non toglie od aggiunge nulla ai dubbi di carattere etico-scientifico sollevati in questa nostra pubblicazione.

• *"tutta la comunità scientifica è concorde nell'affermare che l'ADHD e gli altri disturbi comportamentali dell'infanzia sono di origine biologica".*

Questa affermazione è falsa, in quanto il dibattito nella comunità scientifica è tutt'ora aperto, in Italia ed all'estero, ed anzi la maggior parte degli specialisti indipendenti nega che l'ADHD in particolare sia una vera e propria malattia e che abbia origini biologiche (i termini del dibattito sono riportati su autorevoli media internazionali nella sezione Press Room del nostro portale). Le prove scientifiche in tal senso sono parziali ed insufficenti, ed anche gli studi effettuali con la tecnica della neuroimmagine - a seguito dei quali si affermò la "possibilità" (mai la certezza) dell'origine biologica del disturbo, sono stati messi in discussione: recenti ricerche scientifiche affermano che "l'iperattività e la disattenzione possono essere causati da diversi fattori nocivi cerebrali non riconducibili all'ADHD, come un basso peso prenatale, l'intossicazione da piombo, la sindrome feto-alcolica, etc" (1) e che "nei bambini diagnosticati ADHD **non sono stati riscontrati** indicatori neurologici particolari, né strutturali, né funzionali, né chimici" (2, 3). I dati scientifici non depongono a favore di un'anomalia cerebrale, ma suggeriscono invece che i comportamenti dei bambini presentino variazioni nella popolazione generale, e non già secondo dei picchi specifici con variazioni tali da evidenziare un preciso disturbo. I comportamenti "anormali" propri dell'ADHD non sono infatti quasi mai distinguibili dalle normali variazioni del temperamento (4), e sostenere a priori l'origine biologica dell'ADHD ha quindi più a che fare con un sorprendente **"pregiudizio"** che non con un approccio scientifico basato sulle evidenze.

• *“l’origine strettamente biologica dell’ADHD sarà forse controversa clinicamente, ma ciò è vero anche per altre malattie quali l’Alzheimer, le convulsioni od il diabete, patologie per le quali non esisteva alcun esame clinico affidabile che ne permettesse la diagnosi o delle quali non si conosceva la causa, eppure nessuno si sognerebbe di negare l’esistenza di queste malattie”.*

Questa affermazione è spesso citata dai sostenitori dell’origine strettamente biologica dell’ADHD, per giustificare l’inesistenza di esami medici di laboratorio atti a diagnosticare l’ADHD e gli altri disturbi del comportamento dell’infanzia. Queste affermazioni sono scientificamente del tutto infondate e sintomo di mala fede. Già nel 1940, venivano infatti identificate con un metodo detto di “Bielschowski” le placche senili che nella corteccia cerebrale causano la malattia dell’Alzheimer (5), al giorno d’oggi chiaramente diagnosticabile con metodi moderni quali la risonanza magnetica e la tomografia ad emissione di positroni. Le crisi epilettiche, comunemente dette “convulsioni” **non sono una malattia**, ma un insieme di sintomi ricorrenti e periodici dovuto ad una scarica simultanea ed eccessiva da parte di una popolazione di neuroni cerebrali (6), e possono essere imputabili alle cause le più varie (traumi cerebrali, avvelenamenti, disfunzioni neurologiche, etc), e per tanto non costituiscono un’entità patologica a se stante. Sono cioè “l’effetto”, un sintomo che evidenzia una problematica dell’area del sistema nervoso, e non una malattia vera e propria. Per il diabete, la situazione è ancor più evidente, dal momento che è da tempo misurabile con appositi test clinici e presenta una sua precisa anatomia patologica.

Se l’ADHD fosse una malattia di origine biologica, inoltre, dovrebbe afferire al campo della neurologia (la scienza che studia i danni e le patologie del sistema nervoso centrale e periferico) e non della psichiatria: perchè i neurologi invece non si occupano di ADHD?

La contraddizione in termini è quindi evidente. In definitiva, tutte le malattie sono “tracciabili” mediante esami di laboratorio - che si conosca la causa remota della malattia o meno - mediante disamina delle variazioni nei valori fisici di riferimento o delle alterazioni dei tessuti (prelievo in vita o post-mortem), od anche mediante esami a livello cellulare o molecolare. Tutte tranne l’ADHD e gli altri disturbi del comportamento dell’infanzia, tanto che la circostanza pare suggerire che queste non siano “malattie” vere e proprie, ma bensì “sintomi” - reali anch’essi, ovviamente - che evidenziano un ben preciso disagio del bambino. Catalogando invece questi disturbi come malattie di per se (e non come sintomi), rifiutiamo quasi sempre di indagare a fondo il disagio del minore e di porvi rimedio.

• *"L’abuso di psicofarmaci potrà forse generare qualche problema, ma l’uso corretto secondo prescrizione medica assolutamente no, è sufficiente rispettare le regole".*

Ecco un’ennesima affermazione contestabile ed indice di probabile mala fede. Un recente studio scientifico del Dipartimento di Medicina dell’Università del Texas (7), che è seguito ad altri studi dello stesso tipo giunti alle medesime conclusioni (vedi sezione Ricerca Scientifica del nostro portale internet), ha infatti fatto chiarezza su questo punto. La ricerca - effettuata non su cavie ma direttamente su bimbi in normale cura con metilfenidato - conferma infatti un triplicamento delle anomalie nei cromosomi dopo soli 3 mesi di terapia, associata ad un aumento del rischio tumore oltre la norma. *“E’ stato abbastanza sorprendente che tutti i bambini che assumevano metilfenidato manifestassero un aumento di anormalità genetiche in un così breve periodo di tempo”*, afferma il dott.. Randa A. El-Zein, Professore di Epidemiologia al M.D. Anderson. L’uso - non l’abuso - di metilfenidato (principio base del Ritalin e di altri psicofarmaci somministrati ai minori) può causare quindi una maggiore esposizione al rischio di cancro e

di mutazioni genetiche per i bambini.

• *“Una recente ricerca coincide con ogni altra precedente nell’affermare che non sussiste evidenza che il trattamento con psicofarmaci nella fanciullezza e/o adolescenza sia associato al rischio di abuso – o ad una maggiore frequenza nell’uso - di sostanze stupefacenti nell’adolescenza ed in età adulta”*
Quest’affermazione è falsa, dal momento che diverse accreditate ricerche scientifiche (8,9) provano il contrario, ovvero che l’assunzione di questi potenti psicofarmaci incide sensibilmente sulla capacità di reazione neuronale agli stimoli esterni, con effetti che persistono nei periodi di vita successivi, **inclusa la predisposizione all’abuso di sostanze stupefacenti in adolescenza** e nell’età adulta. Questa evidenza scientifica è riscontrabile anche in ricerche analoghe svolte in Florida (10) nonchè in altri esperimenti (11) svolti presso ospedali e cliniche universitarie dei quali Vi diamo conto nella sezione “Ricerche Scientifiche” del nostro sito.

• *“la somministrazione di psicofarmaci nell’infanzia ed adolescenza non è alla causa di alcuna apprezzabile modifica nel comportamento in età adulta”*
Anche quest’affermazione è falsa, dal momento che diverse ricerche scientifiche dimostrano esattamente il contrario. Una recente ricerca (12) dimostra ad esempio - oltre ogni ragionevole dubbio - che il trattamento con questo tipo di psicofarmaci **altera in misura significativa** in età adulta la risposta comportamentale alle emozioni. Sono infatti ormai sempre più numerosi gli esperimenti che dovrebbero indurre gli operatori sanitari ad una ben maggiore prudenza.

• *“la somministrazione di psicofarmaci nell’infanzia ed adolescenza non altera in alcun modo la struttura del cervello”*
Stesso dicasi per questa affermazione, “venduta” come una granitica certezza, e che invece è per lo meno scientificamente discutibile. I ricercatori sanno già da tempo che alcuni tipi di esperienze, come quelle coinvolte nell'apprendimento, possono modificare fisicamente la struttura del cervello e influenzare il comportamento.
Per contro, i più recenti studi dimostrano che l'esposizione a psicofarmaci stimolanti può ridurre la capacità di specifiche cellule cerebrali di mutare come conseguenza dell'esperienza. *"La capacità delle esperienze di alterare la struttura del cervello* - spiega infatti la dott. sa Nora Volkow (13) - *è forse uno dei meccanismi principali con cui la rielaborazione del “passato” può influire sul comportamento e la cognizione nel futuro. Tuttavia, quando queste alterazioni vengono prodotte da psicofarmaci, la situazione cambia”*.

In un’altra ricerca scientifica (14), gli esperti hanno effettuato una serie di esperimenti per studiare come gli psicofarmaci interagissero per produrre cambiamenti nella struttura del cervello, scoprendo che questi psicofarmaci **aumentano la ramificazione e la densità dei neuroni in alcune regioni, riducendola però in altre**, e causando quindi una diversa reazione ai cambiamenti strutturali indotti dall'ambiente e dall'esperienza. A conclusioni simili sono giunte diverse altre ricerche scientifiche: alcune hanno provato che la somministrazione quotidiana di psicofarmaci ai bambini è direttamente la causa di modificazioni di alcuni geni a livello di sistema nervoso centrale (15), altre hanno per la prima volta accertato “*cambiamenti duraturi - e persistenti molto dopo il termine dei trattamenti - nello sviluppo di parti del sistema nervoso centrale, causati dalla somministrazione precoce di psicofarmaci stimolanti durante la fase giovanile”* (16).

• “non è assolutamente dimostrato che la somministrazione di psicofarmaci stimolanti nell’infanzia sia la causa di disfunzioni cardiache”
Questa circostanza è invece più che dimostrata, dal momento che la continua somministrazione di questo tipo di farmaci può danneggiare irreversibilmente il miocardio (una zona specifica del muscolo cardiaco). Richiamiamo a tal proposito una nota ricerca scientifica (17): “*…cambiamenti patologici ed una vasta catena di alterazioni furono osservate dopo 14 settimane di sperimentazione, sia in soggetti sottoposti a somministrazione di psicofarmaci a mezzo iniezione, che in soggetti sottoposti a somministrazione per via orale. Le osservazioni mostrano definitivamente che nei soggetti trattati con dosi terapeutiche* ***si presentavano lesioni cardiache****, e che esse persistevano anche dopo la sospensione delle somministrazioni. Degno di nota fu anche il rapido sviluppo dei cambiamenti patologici (a volte entro sole 3 settimane). La possibilità d’irreversibilità e i profondi cambiamenti strutturali osservati in un paziente in terapia a lungo termine con psicofarmaci stimolanti, suggerisce che queste scoperte possono avere conseguenze cliniche delle quali i medici dovrebbero essere coscienti…”*

• *“la somministrazione di psicofarmaci ai bambini non ne riduce la crescita, se non marginalmente e con effetti destinati a riassorbirsi nel tempo”*
Anche quest’affermazione è superficiale ed errata. Gli stessi ricercatori che hanno affermato che gli effetti degli psicofarmaci nell’inibire la crescita dei bambini erano tenui e passeggeri, si stanno ricredendo. In una recente ricerca (18), consistente in due grandi studi pediatrici professionali di lungo periodo, gli esperti hanno affermato che *“l’uso quotidiano di psicofarmaci stimolanti* ***rallenta significativamente la crescita dei bambini****”*. La scoperta ha indicato inequivocabilmente che “l’effetto riduttivo della crescita derivante dalla somministrazione di questi psicofarmaci è ben più elevato di quanto precedentemente sospettato”. Queste risultanze sono state confermate anche da analoghi studi pediatrici (19) e da altre autorevoli ricerche universitarie (20), le quali hanno dimostrato casi di *“****arresto quasi completo dello sviluppo*** *in bambini sottoposti a terapie con psicofarmaci stimolanti”*. Anche tenendo ben conto delle ricerche i cui risultati tendono a minimizzare questo rischio, lo scenario è sufficentemente poco chiaro da suggerire grande prudenza.

• *“I farmaci stimolanti agiscono sul particolare metabolismo dei soli bambini malati di ADHD grazie ad un effetto paradosso, per il quale lo psicofarmaco calma l’iperattività del bimbo migliorandone l’attenzione”*
Quest’affermazione dimostra ancora una superficiale preparazione scientifica, non attenta alle più recenti scoperte. E’ certamente vero che, poiché queste sostanze erano viste come stimolanti nel loro effetto sul sistema nervoso centrale ma erano invece calmanti nel loro effetto terapeutico su bambini disagiati, gli effetti dello psicofarmaco sul disordine di attenzione furono interpretati come fossero «paradossali.» Nondimeno, un’autorevole ricerca (21), svolta anche su bambini, adolescenti e giovani adulti “normali”, ha indicato chiaramente come questi psicofarmaci stimolanti “hanno effetti comportamentali simili sia in bambini iperattivi che in bambini normali”. Anche in questo caso quindi, la non univocità del parere degli esperti deve suggerirci perlomeno la necessità di prestare una grandissima attenzione prima di procedere alla somministrazione di psicofarmaci ad un minore.

• *“la terapia a base di psicofarmaci, come dimostrato da numerose ricerche, è assolutamente quella più efficace nella cura di questi disagi dei bambini”*
Ecco un’altra affermazione che sembra a prima vista indiscutibile (il farmaco agisce in modo più rapido che ogni altro tipo di terapia), ma che ad un approfondimento rivela –

come tutte le precedenti – evidenti punti di debolezza. L'affermazione è infatti basata su una ricerca del 1999, la quale tuttavia è stata successivamente criticata da diversi esperti in quanto **viziata da rilevanti carenze metodologiche**. Successivamente, un'equipe di specialisti (22) ha fornito informazioni dettagliate sulla riduzione dei sintomi del disordine da disattenzione ed iperattività, comparando un programma di addestramento dei genitori con terapia cognitivo-comportamentale (senza l'ausilio di psicofarmaci), con un esperimento clinico con psicofarmaci stimolanti: "entrambi i gruppi mostrarono un miglioramento nei loro sintomi, ma non ci fu differenza in efficacia nei due gruppi di trattamento". L'efficacia delle terapie cognitivo-comportamentali e di pedagogia clinica non supportate da psicofarmaci è stata anche confermata da altri studi (23), e da successivi esperimenti, perfezionati anche in Italia, di imminente pubblicazione (24).

Molti operatori continuano a pensare che, se gli stimolanti portano ad un miglioramento nel comportamento del bambino, questa é di per se una buona ragione per persistere con la diagnosi ADHD e proseguire nella somministrazione dei farmaci. Ciò che viene trascurato è che tutti gli stimolanti cerebrali, inclusi quelli di origine naturale come la caffeina, ottengono il risultato di migliorare le prestazioni cognitive di tutti i soggetti, **inclusi quelli normali**. Ma a quale prezzo le prestazioni vengono migliorate utilizzando psicofarmaci?

Lo scopo della nostra iniziativa non è tuttavia quello di entrare nel merito della "disputa scientifica", promuovendo una battaglia "pro o contro" l'opportunità di sottoporre i bambini a cure a base di psicofarmaci, oppure arrivando a pretendere di valutare l'efficacia di questa o quella terapia, farmacologica od "alternativa". E' il metodo di approccio etico che deve cambiare radicalmente, dal momento che abbiamo dimostrato inequivocabilmente che le certezze incrollabili di oggi possono tramutarsi rapidamente in dubbi od in certezze opposte domani. Gli esami di laboratorio sui topi non possono da soli continuare ad essere una valida guida, tanto più quando è in gioco la salute e la vita dei nostri bambini, che sono il nostro futuro. L'arroganza di certi "sacerdoti della morale scientifica" deve lasciare il posto ad un approccio decisamente più umile e prudente. Nell'attesa di fare chiarezza tra la giungla di dati scientifici spesso contrastanti tra loro, invitiamo quindi alla **massima prudenza**.

Un Problema Spinoso

Molti a questo punto chiedono: ma cos'è dunque questa malattia? Perché si "diffonde" così rapidamente? Secondo le fonti più critiche nei confronti della soluzione psicofarmacologica - tra i quali autorevoli medici, pediatri, psicologi e stampa di settore - le principali multinazionali del farmaco (i cui esperti sono spesso anche **consulenti dei Ministeri per la Sanità** dei vari paesi e delle stesse commissioni governative che dispongono la messa in commercio dei farmaci) procedono come segue:
1) iniziano a comparire sui media servizi che informano che tale sindrome esiste e che occorre fare qualcosa al riguardo. I pareri degli esperti sono tutti improntati alla prudenza, trattandosi di bambini, e si afferma che per la nazione in questione sono state rilevate inizialmente alcune centinaia di casi;
2) i genitori e gli insegnanti vengono informati, con messaggi sempre più continui e pressanti attraverso i media, che se un bambino è distratto, scatenato, ingestibile o vio-

lento, **questi in realtà è malato di ADHD** o di altre sindromi dell'infanzia;
3) il farmaco per curare la sindrome, se non già in commercio, riceve rapidamente le opportune autorizzazioni per la vendita;
4) gli articoli dei media aumentano, e gli esperti nelle loro dichiarazioni incominciano a parlare di "migliaia di casi". Progressivamente il numero dei bambini malati si attesta intorno al 4-6% della popolazione infantile;
5) si formano associazioni di familiari di bambini "sofferenti" di ADHD, che "offrono aiuto" e contemporaneamente promozionano con vigore la soluzione farmacologica;
6) le scuole vengono coinvolte in "progetti pilota" atti a valutare l'efficacia dello strumento dello **"screening"** (questionari a risposte chiuse) al fine di identificare fin dall'esordio i "disturbi comportamentali" dell'infanzia. La diagnosi deve essere secondo gli esperti effettuata in tenera età - entro i 7/8 anni al massimo - altrimenti i sintomi "scompaiono" (in questo modo pochi possono sfuggire dall'essere sottoposti al trattamento, considerato che, com'è noto ed evidente, i bambini crescendo tendono a tranquillizzarsi);
7) i risultati dello screening mostrano che la percentuale di bambini affetti dalla sindrome è ancora maggiore (ciò è naturale, considerati i criteri poco scientifici adottati nella fase di rilevamento), e quindi si approvano decreti per lo screening di massa indifferenziato in tutte le scuole. La diagnosi viene perfezionata direttamente a scuola, dallo "psichiatra di quartiere", oppure sono addirittura gli insegnanti a compilare le liste e a segnalare i casi ai servizi psichiatrici di zona;
8) se una famiglia dubita della diagnosi e rifiuta di sottoporre il proprio bambino alla terapia, si procede attraverso il Tribunale dei Minori mediante il ricorso all'istituto giuridico del Trattamento Sanitario Obbligatorio, **sottraendo il bambino alla tutela della famiglia** stessa, al fine di somministrargli le cure farmacologiche coattivamente. Oppure, più semplicemente, la famiglia viene informata che – non acconsentendo spontaneamente alla somministrazione del farmaco – la direzione didattica non avrà altra scelta se non quella di **relegare il bambino in "classi speciali"** – su modello di quelle predisposte per i bimbi disabili o mentalmente ritardati – con tutti i problemi conseguenti a tale isolamento e ghettizzazione. Pur di non sottoporre il proprio figlio a tale stress – un danno per lo sviluppo sereno della personalità del bimbo – i genitori acconsentono alla somministrazione di psicofarmaci, informati che quella soluzione "è la migliore per la tutela della salute del bambino", e che il piccolo, avendo diritto ad essere "curato", non potrà che trarre giovamento nel lungo periodo da tale trattamento.
Quanto sopra è evidenziato al lettore sempre cercando di evitare di entrare nel merito delle soluzioni farmacologiche proposte, a detta di molti esperti in larga misura destinate a lasciare pesanti tracce sul lungo periodo in termini di dipendenza ed effetti collaterali.
Questo è quanto avvenuto negli USA ed in altri paesi. Lo scopo - a detta di molti medici - è piuttosto quello di **"vendere prestazioni e prescrizioni sanitarie"** sottoponendo a terapia psicofarmacologica milioni di pazienti in tenerissima età. Ma anche supponendo – e così non è – univocità di pareri circa l'opportunità clinica di sottoporre a somministrazione coatta di psicofarmaci ampi strati della popolazione under 18 (i minorenni non hanno ovviamente potere di scelta nel merito, dipendendo dalla potestà dei genitori), restano evidentemente ancora aperti tutti i problemi di carattere etico che queste terapie sui soggetti in giovane età comportano. Ricordiamo – a puro titolo di esempio – le vivaci polemiche suscitate anni fa per la proposta di rendere obbligatorio il test contro l'AIDS al fine di "schedare" i portatori di virus HIV: dove finisce il "diritto alla tranquillità" della popolazione, e dove inizia la medicalizzazione di massa e quello che un'autorevole psichiatra americano ha definito "lo Stato Terapeutico"?

e in Italia?

Nonostante alcune dichiarazioni improntate alla prudenza rilasciate da esperti del settore, c'è il timore che accada anche in Italia quanto è già avvenuto negli USA e in altre nazioni europee. L'europa pareva infatti "lontana" dagli abusi d'oltre oceano, ma è di pochi mesi fa la notizia di un'indagine ad ampio spettro in 609 scuole francesi: il **12%** della popolazione studentesca oltralpe ha già fatto uso di psicofarmaci. E' interessante notare come in Italia, i punti (1) e (2) dello schema di cui sopra sono stati portati a buon fine, ed è stato dato recentemente il via libera all'approvazione ed alla commercializzazione dei farmaci (punto n° 3); da poco sono stati portati a buon fine i punti (4), (5) e (6), essendo iniziati e terminati i primi progetti pilota di screening nelle scuole in molte regioni della penisola (vedi il modulo riprodotto qui accanto), gestiti in autonomia da numerose ASL direttamente presso le singole scuole. In un'incredibile confusione di cifre, secondo i ricercatori dell'Istituto Mario Negri di Milano il disturbo colpirebbe **non più del 7 per mille** della popolazione scolastica; secondo il Dipartimento di neuropsichiatria infantile dell'Università di Roma, il **3%** dei bambini in età scolare; secondo una circolare dell'ASL di Nuoro **tra il 5 ed il 10%** dei bimbi tra i 6 ed i 10 anni, e secondo infine l'ASL di Oristano **circa il 20%** (un bambino su cinque dell'intera popolazione scolastica!). Il "Progetto Prisma", ricerca nazionale finanziata con fondi del Ministero per la Salute, ha recentemente presentando le proprie conclusioni: secondo questa indagine, **10 bambini su 100** in Italia presenterebbero i sintomi del disagio mentale, ed andrebbero quindi sottoposti a terapie a base di psicofarmaci. Precisiamo inoltre che gli screening vengono sovente presentati come indagini di carattere puramente statistico, ma hanno invece potenzialmente tutte le caratteristiche della "schedatura" dei piccoli soggetti, in quanto riportano anche un'anagrafica del bambino (nome, data di nascita, scuola e classe, etc). In effetti presso l'Istituto Superiore di Sanità è in corso di predisposizione il **"Registro nazionale dei bambini affetti da ADHD"**, apparentemente allo scopo di garantire un'adeguata attenzione terapeutica a bimbi sofferenti di questa "sindrome". Diverse associazioni di genitori – i cui figli paiono affetti da questi problemi comportamentali e che hanno trovato nelle terapie a base di psicofarmaci la soluzione ai disagi propri e dei propri bambini – promuovono intense campagne finalizzate ad orientare l'opinione pubblica creando accettazione per la soluzione farmacologica, a loro dire "l'unica soluzione efficace per questo genere di problema dei bambini, e comunque la più rapida negli effetti" (per infomazioni più approfondite, vedi la sezione "Pro" del nostro sito). Per contro, la stessa giustizia ordinaria si sta occupando di questi sempre più frequenti abusi: il Procuratore della Repubblica di Torino Raffaele Guariniello ha recentemente iscritto sul registro degli indagati 74 medici che prescivevano con frequenza psicofarmaci che inducevano i bambini al suicidio.

cenni sulla situazione internazionale

Il primo maggio del 2000, negli USA è stata presentata un'importante denuncia (nel Texas) contro l'Associazione Psichiatrica Americana, contro l'Associazione per il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (che riunisce famiglie favorevoli alla scelta farmacologica) e contro le aziende farmaceutiche che producono questi psicofarmaci (che risulta dagli atti abbiano **finanziato in misura massiccia** le attività della prima e della seconda associazione citate). Sono tutte accusate (riportiamo testualmente dai capi d'imputazione) "di aver pianificato, cospirato e essere colluse, al fine di creare, sviluppare, promuovere e confermare la diagnosi della malattia ADHD, all'unico fine di

vendere i prodotti farmaceutici denominati … (segue elenco)". Nel settembre del 2000, altre cinque denunce similari sono state presentate nello Stato della California.

Diversi esposti sono stato ritirati, altri archiviati, e di nuovi ne sono stati recentemente presentati, ma al di là delle modalità di conclusione di queste vertenze legali, ciò che emerge è un grande disagio su questo soggetto: negli ultimi 4 anni, 20 Stati degli USA hanno **approvato leggi** che cercano di limitare il fenomeno, impedendo lo screening indifferenziato dei bambini nelle scuole, fino all'approvazione di un **provvedimento Federale** di tutela dei bambini, recentemente votato con 435 voti a favore ed uno solo contrario, il quale permette ai genitori di non sottoporre i propri bambini a terapie a base di psicofarmaci, dal momento che fino all'approvazione di questa legge coloro che si rifiutavano di somministrare il farmaco potevano essere citati in giudizio per negligenza, e la terapia poteva essere **somministrata coattivamente** nonostante l'opposizione sia dei genitori che dei figli.
I soggetti favorevoli alla somministrazione di psicofarmaci ai bambini sono passati però al "contrattacco", distribuendo in USA giornali a fumetti che **invitano bambini e ragazzi a richiedere loro stessi lo psicofarmaco** in famiglia, al fine di "non far preoccupare papà e mamma e non recare pregiudizio al lavoro della insegnante ed al sereno svolgersi delle lezioni agli altri alunni". Questi libretti a fumetti sono stampati anche in Europa, e stanno venendo distribuiti massicciamente ad esempio in Germania (copie di questo documento – in lingua tedesca - sono state rintracciate ed archiviate dal nostro comitato), dove la stampa del fumetto in questione è finanziata dalla casa farmaceutica che produte lo psicofarmaco di elezione per queste terapie.
Un'ultima annotazione di carattere storico: il progetto dello screening psicologico di massa dei bambini nelle scuole venne ideato dal professor Goering (cugino del più noto gerarca nazista) nella Germania negli anni '30, e poi ampliamente applicato - in tempi successivi - nella Russia di Stalin.

e le altre Patologie psichiatriche dei bambini?

La medesima prudenza che deve animare gli operatori quando si discute di sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione, dovrebbe animarli riguardo a qualunque disagio di carattere psichico di bambini ed adolescenti, specie quando le terapie prevedono l'uso massiccio di psicofarmaci, il cui abuso nella somministrazione (o la repentina interruzzione, che **causa astinenza** al pari di una comune droga da strada) è da sempre più addetti ai lavori posta in relazione diretta con gli improvvisi ed imprevedibili eccessi di violenza incontrollata – a volte omicida od autodistruttiva – da parte di un numero crescente di adolescenti. Per fenomeni quali ad esempio la depressione, nella seconda metà degli anni '90 si abbandonarono gli psicofarmaci di "vecchia generazione" e si incominciò a prescrivere entusiasticamente i cosiddetti "inibitori della ricaptazione della serotonina" (farmaci in grado di bloccare la ritrasmissione di un particolare neurotrasmettitore nel cervello, migliorando i sintomi nei casi di depressione). Paroxetina, Fluoxetina, Sertralina, entrarono nel vocabolario di medici e famiglie, fino alla pubblicazione delle più recenti ricerche scientifiche, che hanno dimostrato che se solamente 1 bimbo su 10 risponde in qualche modo al farmaco, per i restanti 8 non c'è alcun miglioramento, mentre **un altro bimbo su 10 ha reazioni avverse gravissime**, che vanno dalla labilità emotiva al tentativo di suicidio (25). A quale categoria appartiene Tuo figlio, Tuo fratello, il Tuo alunno?

La realtà deludente, appena 5 anni dopo l'intruduzione di questi "miracolosi psicofarmaci di nuova generazione" è che i farmaci antidepressivi "…hanno una minima o nessuna efficacia sulla depressione infantile od adolescenziale", come afferma la ricercatrice dott.ssa Garland (26). Inoltre gli effetti avversi agli psicofarmaci spesso vengono confusi con un peggiorare della malattia, con il risultato che i medici quasi sempre **aumentano il dosaggio del farmaco anziché diminuirlo**. Per tacere poi delle complicazioni di carattere giudiziario, con una grande multinazionale del farmaco sotto accusa a New York, per aver deliberatamente per anni **occultato quattro importanti studi scientifici** che provavano che un noto psicofarmaco per bambini induceva al suicidio, in quanto (dichiaravano in circolari aziendali interne) "pubblicare tali ricerche avrebbe nuociuto al profilo commerciale del prodotto".

La vertenza verrà certamente "sistemata" extragiudizialmente con il pagamento di multe ed indennizzi, ma è ormai sotto gli occhi di tutti che gli sforzi per stabilire una base scientifica per questi fenomeni e per i disagi propri dell'età dell'infanzia e dell'adolescenza sono **seriamente compromessi** dalla mole di ricerca non pubblicata, e dall'accettazione non critica dei dati pubblicati. La Food & Drug Administration (il Ministerò della Sanità in USA) ha recentemente disposto che su tutte le confezioni di antidepressivi per uso pediatrico venga riportato in appositi riquadri (i cosiddetti **"black box"**) che tali prodotti possono indurre i bambini al suicidio: basterà questa misura di sicurezza per limitare le prescrizioni indiscriminate di psicofarmaci?

ma esiste un "conflitto di interessi"?

La domanda – apparentemente semplice – rischia di lasciare spazio ad una risposta da toni eccessivamente "scandalistici" o propagandistici. Con tutta la necessaria prudenza, ascoltiamo la voce di due accreditati esperti, al fine di stimolare il dibattito e la riflessione.

Il prof. Fava (27) dice: *"…si formano gruppi d'interesse speciale, cioè oligarchie accademiche auto-selezionate che influenzano l'informazione clinica e scientifica Questo avviene in vari modi. Un modo tipico consiste nel pubblicare un supplemento speciale di una rivista per pubblicizzare un nuovo psicofarmaco: il fatto che tali articoli sono scientificamente più scadenti di quelli pubblicati regolarmente, e che gli autori spesso vengono pagati, non è trasparente e trae in inganno i lettori. Ma questo è solo la punta dell'iceberg più ovvia.*

Membri dei gruppi d'interesse controllati dall'industria, spesso occupano posizioni di leadership nelle redazioni delle riviste mediche e nei consigli d'amministrazione d'istituti di ricerca non a fini di lucro. In qualità di consulenti e recensori, hanno il compito di ***sopprimere sistematicamente le informazioni*** *che possano danneggiare i loro interessi speciali. E' risaputo che importanti ricerche non vengono mai pubblicate, il che danneggia la cosiddetta medicina fondata sull'evidenza. Il pericolo è ovvio: la comunità scientifica si priva di una riserva di esperti disinteressati, che potrebbero essere consultati dagli organi legislativi e di governo sulla sicurezza ed efficacia di trattamenti, sui rischi delle sostanze chimiche e sulla nocività di certe tecnologie. Costoro trovano sempre maggiori difficoltà a trovare finanziamenti per la ricerca e ottenere visibilità ai convegni e sulle pubblicazioni. Il recente scandalo riguardante la corruzione della FDA (l'agenzia governativa degli Stati Uniti preposta al controllo sui farmaci, ndr), è un chia-*

ro esempio di questo pericolo. Non è che gli esperti disinteressati siano una specie estinta, come le agenzie vorrebbero farci credere. Il fatto è che essi vengono emarginati da chi controlla gli interessi delle multinazionali dentro le istituzioni pubbliche…"

Il prof. Pirella (28), in una recente relazione ad un convengo internazionale a Roma, racconta: *"…a dispetto di tutte le ricerche che dimostrano la non grande superiorità nell'efficacia di uno psicofarmaco sui placebo* (pillole contenenti acqua e zucchero utilizzate per le sperimentazioni, totalmente prive di alcun principio attivo, ndr) *e soprattutto sui farmaci più tradizionali, vi sono giornali e riviste a grande tiratura che sembrano dei veri inserti pubblicitari. Vorrei segnalare come esempio di questo tipo d'inserto il "Corriere della sera" del 4 aprile scorso, che sotto il titolo incredibile di "Medicine per il buon umore", nel riaffermare la certezza della genesi organica della depressione, addirittura allarga ottimisticamente all'80-90% il tasso dei pazienti che "rispondono al trattamento". Un capitoletto intende poi tranquillizzare sulla sicurezza di questi psicofarmaci (inibitori della ricaptazione della serotonina, ndr) a proposito dei rischi di suicidio, senza in alcun modo accennare alla grave questione di attualità dell'induzione al suicidio.*

Come abbiamo visto, almeno per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, ***gli studi scientifici hanno dimostrato esattamente il contrario****!"* Inoltre: chi assicura l'obiettività delle ricerche quando ad esempio il presidente dell'organizzazione inglese che recluta i volontari per gli studi scientifici (mr. John Bell) è anche direttore della casa farmaceutica Roche? Con questo livello di coinvolgimento, si sentirà veramente obbligata una casa farmaceutica a pubblicare informazioni sulla inefficacia o sulla pericolosità di uno dei propri prodotti?

Il fatto è *"****che il farmaco soffre ad essere considerato una merce come tutte le altre****"*, dichiara Pirella. E proprio questa riduzione a merce è stata denunciata qualche anno fa dal Guardian a proposito di uno psicofarmaco che non trovava uno sbocco commerciale adeguato. Come si fa per un prodotto qualsiasi, la ditta in questione (GlaxoSmithKline) ha affidato ad una agenzia competente in pubbliche relazioni, la Cohn & Wolfe, la promozione del prodotto,. "Il modus operandi della GlaxoSmithKline – scrive il Guardian – è decisamente tipico: promuovere il mercato di una malattia piuttosto che vendere un farmaco". Attraverso campagne volte ad attirare persone insicure ed in crisi a riconoscersi in una nuova malattia, il considetto "disturbo d'ansia generalizzato", con l'ausilio di pubblicità ma anche con partecipazione a trasmissioni televisive di grande ascolto è stata creata nel pubblico l'attesa per una risposta farmacologica a tale "disturbo". Una volta preparato il terreno ed ottenuta l'approvazione da parte delle autorità, il farmaco è stato gettato sul mercato, ovviamente preparando anche gli specialisti a prescriverlo. Il Guardian, che riprende un articolo del periodico USA "Mother Jones", cita con nome e cognome i ricercatori che, pur essendo sul libro paga della casa farmaceutica produttrice, **si spacciavano per esperti indipendenti**. Risultato: nel giro di due anni il farmaco in questione (il Paxil, ndr) aveva soppiantato un altro farmaco concorrente come numero due nelle vendite. *"Interessante da riportare* (conclude Pirella): *il successo della campagna della Cohn & Wolfe non sfuggì al settore dell'industria: i giornali commerciali plaudivano alla GlaxoSmithKline per "aver assicurato un brillante futuro commerciale al Paxil". Si è parlato di* ***"espandere il mercato dell'ansia"*** *e si sono fatte previsioni sui profitti, stimati per il 2009 a* ***3 miliardi di dollari*** (solo per questo singolo disturbo, e solo negli USA, ndr). *Se questa è salute mentale…"*

Per concludere

Invitiamo tutti i genitori, gli insegnanti e gli operatori che hanno quotidianamente a che fare con bambini e ragazzi, a riflettere e ad **informarsi attentamente** sulle vere origini di questa “sindrome” e di altre “malattie mentali” dell’infanzia e dell’adolescenza. Una diagnosi di “ADHD” troppe volte ha significato: “Tuo figlio sembra vivace e scatenato come tutti i bambini della sua età, a volte è davvero ingestibile…in realtà è un malato di mente”. Soluzioni forse appropriate per dei “casi estremi” rischiano quindi di venir esportate su di una quota veramente significativa della popolazione studentesca.

Ma quale base scientifica può avere la diagnosi di una malattia ottenuta grazie alla compilazione di questionari, basati su opinioni, ricordi ed interpretazioni del comportamento di un bambino, spesso rilevate da parte di un estraneo che non conosce nei dettagli il suo ambiente familiare e sociale?
Di qui lo slogan della campagna: “**Non etichettare tuo figlio, parlagli**!”.

Non possiamo tuttavia pensare di rispondere ad un problema così complesso e discusso con un semplice slogan. Ecco quindi lo strumento del sito internet - che si avvale del contributo di un Comitato Scientifico e di un Comitato Etico, composti entrambi da esperti qualificati - e dal quale vengono estratte, stampate e distribuite tutte le nostre pubblicazioni, inclusa quella che stai leggendo.

Il nostro è un invito alla riflessione ed alla discussione animate dal buon senso, **un invito alla prudenza** ed un appello a rivolgersi a due o più specialisti, per verificare con puntiglio ogni eventuale diagnosi e per non restare - magari in tutta buona fede - vittima delle apparenze. E’ in gioco il futuro e la salute dei nostri coetanei, figli, allievi, nipoti.

Ti invitiamo a raccogliere la maggior quantità di informazioni possibile anche tramite il nostro portale internet
www.giulemanidaibambini.org.
Per ogni dubbio o segnalazione, la nostra struttura resta a Tua disposizione con medici ed esperti ai recapiti sotto indicati.

Grazie per l’attenzione che hai deciso di riservare a questa nostra pubblicazione, ed aiutaci a diffondere il messaggio!

Per ogni offerta di collaborazione o sostegno, potete contattare
info@giulemanidaibambini.org
oppure inviare un fax allo 011/5136631,
od ancora chiamare il 338/7478239 (pronta reperibilità).
Un particolare ringraziamento per la grande sensibilità dimostrata va rivolto a tutte le personalità - specie del mondo dello spettacolo, ma non solo - che hanno aderito a questa campagna, sostenendola con la gratuita concessione della propria immagine, nonché ai medici, psicologi, esperti ed ai volontari ospedalieri che con il proprio quotidiano impegno ne permettono la realizzazione.

Copyright © 2004 Comitato "GiùleManidaiBambini" – Riproduzione riservata.

Appendice

BREVE BIBLIOGRAFIA SCIENTIFICA

I riferimenti completi di queste ricerche - e numerosi altri - sono a disposizione del lettore nella sezione "Ricerche Scientifiche" del portale www.giulemanidaibambini.org

(1) Max, J. E., Arndt, S., Castillo, C. S., Bokura, H., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L. Jr., Sato,Y, & Mattheis, P. J. "Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37)
(2) Peterson B. S.: "Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34)
(3) Zametkin, A. J., Ernst, IA., & Silver, R.: "Laboratory and diagnostic testing in child and adolescent psychiatry: a review of the past 10 years" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37)
(4) Carey William B., Clinical Professor of Pediatrics, University of Pennsylvania: "ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti" (Civic Research Institute. 2002)
(5) Manuale di Psichiatria, prof. dott. Guido Moglie, Università di Roma, Luigi Pozzi Editore, 1940
(6) Manuale di Neurologia, prof. Fazio e prof Loeb, Universo Edizioni, Roma
(7) dott.ri Randa A. El-Zein, Matthew J. Hay, Mirtha S. Lopez, Melissa L. Bondy, Debra L. Morris, Sherif Z. Abdel-Rahman e Marvin S. Legator (University of Texas, Medical Branch)
(8) dott. Cindy Brandon e dott. Frank White, Chicago Medical School
(9) dott. Susan Andersen ed altri, Mc Leal Hospital
(10) dott. Mendes e dott. Anderson, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Miami (USA)
(11) dott. sa Nadine Lambert e dott. sa Carolyn Hartsoungh, Journal of Learning Disabilities
(12) dott. Carlos Bolanos, dott. Michel Barrot, dott. Oliver Berton, dott. Deanna Wallace Black, dott. Eric Nestler ed altri, Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze dell'Università del Texas
(13) National Istitute on Drug Abuse (NIDA), Stati Uniti

(14) dott. Bryan Kolb ed altri colleghi dell'Università di Lethbridge in Canada e dott. Terry Robinson e colleghi dell'Università del Michigan in USA, ricerca finanziata dal National Istitute on Drug Abuse (USA)
(15) dott. ri Chase, Brown, Carrey e Wilkinson del Dipartimento di Fisiologia e Biopsichiatria dell'Università di Halifax (Canada)
(16) dott. ri Moll, Hause, Ruther, Rothenberger ed Huether, del Dipartimento di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Gottingen (Germania)
(17) dott. ri Henderson e Fischer, The American Journal of Cardiovascular Pathology
(18) dott. Lisska e dott. Rivkees, Dipartimento di Pediatria della Scuola di Medicina dell'Università di Yale (USA)
(19) dott. Poulton e dott. Cowell, Dipartimento di Pediatria del Nepean Hospital, Australia
(20) dott.ri Holtkamp, Peters Wallraf, Wuller, Pfaaffle ed Herpertz Dahlmann, del Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Aachen (Germania)
(21) dott. Rapoport e dott. Inoff, Divisione di Psichiatria dell'Infanzia del National Institute of Mental Health (USA)
(22) dott. ri Montiel Nava, Pena, Espina Marines, Ferrer-Hernandez, Lopez-Rubio, Puertas Sanchez e Cardozo Duran, Università di Maracaibo, (Venezuela)
(23) dott. ri Frolich, Dopfner, Berner e Lehmkuhl, Prax Kinderpsycol Kinderpsychiatric
(24) diversi protocolli diagnostici e di intervento su bambini iperattivi sono stati applicati nel nostro paese, specie a cura di pedagogisti clinici, ma non solo. Gli esiti di questi interventi, positivi anche in assenza di supporto farmacologico, sono in fase di compilazione e verranno pubblicati non appena disponibili
(25) prof. Irving Kirsch, University of Connecticut; dott. Thomas J. Moore, The George Washington University School of Public Health and Health Services; prof. Alan Scoboria e prof. ssa Sarah S. Nicholls, University of Connecticut; The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted, U.S. Food and Drug Administration; Prevention & Treatment, Volume 5, Article 23, 15/07/2002
(26) prof. Jane Garland, ordinaria di Psichiatria Clinica all'Università di British Columbia (Canada)
(27) prof. Giovanni A. Fava, ordinario di Psicofisiologia clinica presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e Clinical Professor of Psichiatry alla State University di New York, "Conflitto di interesse e gruppi di interesse speciale. Il farsi di una contro-cultura", Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 70, n. 1, gennaio-febbraio 2001
(28) prof. Agostino Pirella, ordinario di Psichiatria alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino – Convengo Internazionale "Farmaci e Salute Mentale", Comune di Roma ed Istituto Superiore di Sanità.