

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con
LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

Torino, 16 novembre 2006

Ministero per la Salute

Ill. mo Ministro per la Salute
Sen. Livia Turco

Lungo Tevere Ripa, 1 – 00153 ROMA

Oggetto: lettera di raccomandazioni alle istituzioni sul protocollo diagnostico-terapeutico dell'ADHD, contenente anche misure per la miglior tutela del diritto alla salute dei minori (copyright © Comitato "Giu le Mani dai Bambini"®, novembre 2006)

Illustrissimo Ministro,

"Giù le Mani dai Bambini"® è un ente (di seguito per praticità denominato "il Comitato") composto da oltre 100 associazioni, tra le quali alcune grandi centrali associative nazionali, promotore della omonima campagna nazionale di farmacovigilanza in età pediatrica, la più visibile iniziativa di questo genere nel paese, con focus sugli abusi nella somministrazione di farmaci psicotropi a bambini ed adolescenti, ricomprendendo nel termine "abusi" anche la somministrazione di prodotti di sintesi chimica (di seguito per praticità denominati "psicofarmaci") a normale dosaggio terapeutico, qualora non siano stati garantiti adeguatamente il diritto al consenso informato ed il libero diritto di scelta terapeutica. La ns. organizzazione, che mette in rete oltre 230.000 "addetti ai lavori", tra medici e specialisti, si giova – oltretutto di un nutrito numero di consulenti esterni - anche di un comitato scientifico permanente (di seguito per praticità denominato "gli esperti"), composto da accademici di chiara fama, tutti esperti indipendenti nel proprio campo di specializzazione, i cui incarichi sono richiamati in sintesi in calce alla presente. Il Comitato gestisce il portale www.giulemanidaibambini.org, il più visitato sito internet in lingua italiana su questi argomenti, che raccoglie un ricco database di ricerche scientifiche ed un significativo corpo di informazioni approfondite, quotidianamente consultate da giornalisti, medici, specialisti, insegnanti e famiglie.

Il Comitato ha partecipato alla presentazione ufficiale organizzata l'anno scorso dall'Istituto Superiore di Sanità (successivamente per praticità denominato "ISS") a Roma, avente per oggetto il "protocollo diagnostico-terapeutico" per la presa in carico di minori con sintomatologia ADHD, ed è proprio dalla documentazione esaminata in quella sede questa nostra comunicazione prende spunto. Già in quell'occasione, il nostro Portavoce replicò ai tecnici dell'ISS in ordine a numerose criticità riscontrate, tra le quali a puro titolo esemplificativo citiamo le seguenti problematiche:

- gli effetti collaterali della molecola metilfenidato, dichiarati dalla stessa casa farmaceutica produttrice, erano stati "stralciati" dai moduli di consenso informato (in particolare i più gravi, quali convulsioni, occlusione cerebrale, coma epatico, angina pectoris, ed altri come dettagliato in allegato =A=);



A.S.Q. San Giovanni Battista



Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



- b) nell'elencazione dei riferimenti alle ricerche scientifiche sulla materia, venivano citate solo ed esclusivamente ricerche in linea con le attuali strategie del Ministero circa la somministrazione del farmaco, e neppure una delle pur numerose ed autorevoli ricerche universitarie che negli ultimi anni hanno sollevato dubbi e criticità circa dette somministrazioni;
- c) l'unica Dichiarazione di Consenso citata era quella di Cagliari 2003, dichiaratamente favorevole alla soluzione farmacologica come intervento di prima linea, nonostante altre identiche dichiarazioni si siano succedute, all'estero ed anche in Italia, giungendo a conclusioni diametralmente opposte;
- d) sussiste nei documenti da Voi elaborati una grave sottovalutazione dei rischi, specie nei contenuti del documento destinato alle famiglie;
- e) in tale Vs. protocollo, si rileva la totale assenza di passaggi diagnostici obbligatori, preliminari e standardizzati, finalizzati ad individuare ed intercettare problematiche di carattere medico tali da "mimare" l'ADHD e gli altri disagi del comportamento, le concause e le patologie correlate (vedi allegato =B=);
- f) è stata rilevata la presenza di una clausola che di fatto non rende obbligatoria la lettura del documento alle famiglie ("il modulo **può** essere letto dai genitori") ed un'altra che prevede la possibilità per le Regioni di modificare (perché no in direzione meno garantista per il diritto alla salute dei minori) i moduli di consenso informato;
- g) è del tutto evidente l'assoluta insufficienza nei protocolli diagnostico-terapeutici di percorsi atti a dare risposte di tipo non-farmacologico (psicologia, pedagogia clinica, etc).

Il ns. Comitato ha quindi invitato l'ISS ad un confronto diretto in occasione della presentazione del documento di consenso (successivamente denominato "Consensus") dal titolo "*CONSENSUS INTERNAZIONALE: ADHD E ABUSO NELLA PRESCRIZIONE DI PSICOFARMACI AI MINORI*", presso l'Ospedale San Giovanni Battista "Molinette", terzo polo ospedaliero italiano ed anch'esso membro del nostro Comitato e co-promotore di questa nostra Campagna di farmacovigilanza. In quell'occasione, nell'ambito di un confronto franco ma sereno tra le parti, l'ISS ha dato atto al Comitato circa alcune delle contestazioni sollevate nel corso del precedente incontro di Roma, ed in particolare con riguardo ai punti (a) ed (f) sopra citati, impegnandosi formalmente a rettificare quanto necessario nei propri protocolli diagnostico-terapeutici, ed informando in pubblico il Comitato che a tutti gli effetti tali richieste di modifica/integrazione erano già state valutate positivamente dal proprio comitato etico-scientifico. Nulla è stato invece riscontrato circa i punti (b), (c), (d), (e), (g). Il Comitato mantiene inoltre – ad oggi - forti perplessità sull'incisività dell'azione dell'ISS, dal momento che l'azione di farmacovigilanza esercitata dal Comitato stesso è in tutta evidenza l'unico motivo per il quale l'ISS ha dichiarato di poter/voler procedere alle rettifiche di cui ai succitati punti (a) ed (g), quando invece avrebbe dovuto essere in primis il comitato etico-scientifico dello stesso ISS a rilevare, in oltre un anno e mezzo di lavoro, le gravi lacune riscontrate, documento potenziale alla salute dei cittadini ed in particolare di una fascia debole – e numericamente non certo trascurabile – qual'è quella dei minori. E' inoltre preoccupante notare come molti dei consulenti tecnici della PP.AA. e molti dei firmatari della Dichiarazione di Consenso di Cagliari (2003) sono ben noti sostenitori dei trattamenti farmacologici per bambini con ADHD ed è ancor

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

più preoccupante che essi non rivelino i loro interessi finanziari e/o legami con le ditte farmaceutiche in ordine ai propri progetti di ricerca.

Il Comitato ritiene quindi opportuno con questa lettera prendere posizione con chiarezza circa le strategie ed i passaggi operativi che stanno contraddistinguendo la reimmissione in commercio del metilfenidato, prodotto d'elezione negli interventi terapeutici sull'ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder) e più in generale sull'attuale scenario nazionale in tema di somministrazione di psicofarmaci ai minori, che investe ben più ampie fasce di popolazione rispetto a quelle diagnosticate a diagnosticabili ADHD. In linea di principio e salvo diversa indicazione, i rilievi posti in questa nostra comunicazione s'intendono quindi estesi al fenomeno delle diagnosi improprie, dell'abuso ed anche solo dell'improprio uso di tutte le categorie di farmaci psicotropi somministrati a bambini ed adolescenti, primi tra tutti quelli somministrati a fronte di episodi depressivi, oggetto di recente delibera EMEA per l'abbassamento ad otto anni della soglia minima d'età per la somministrazione.

Per quanto concerne l'ADHD, il nostro Comitato condivide in toto i contenuti della lettera a firma dei dottori Galves, Walzer, Cohen, Duncan, Dunlap, Friedman, Greening, Johnson, Karon, Schneider, Simon e Sliclen, tutti autorevoli membri dell'ICSPP - International Center for the Study of Psychiatry and Psychology in USA, indirizzata all'APA (American Psychiatric Association), della quale pure diversi tra i citati specialisti - specializzati in psichiatria e psicologia - fanno parte. Questi medici hanno contestato le seguenti affermazioni dell'APA, riprese indirettamente anche nei documenti ISS:

- *"L'ADHD è generalmente considerata un'anormalità neurochimica"*
- *"la maggior parte delle persone affette da ADD/ADHD presenta tale anormalità sin dalla nascita, per quanto essa possa non essere diagnosticata fino all'età adulta."*
- *"L'ADHD non è in ogni caso causata da un 'non ottimale' rapporto con i genitori, da un contesto familiare difficile, nè da formazione inadeguata o nutrizione inappropriata."*

La lettera citata è una vera e propria descrizione delle falle nell'argomentazione scientifica usata da certi specialisti per sostenere che l'ADHD è un disordine neurochimico presente sin dalla nascita e che non ha niente a che vedere con un'inadeguata educazione del bambino, con contesti familiari difficili o contesti sociali ed educativi oppressivi od inumani. Essa descrive anche il pericolo derivante da queste convinzioni e dall'approccio terapeutico basato su dette convinzioni, che paiono disconoscere completamente - ed erroneamente - le reciproche e bi-direzionali interazioni mente/corpo. Il nostro Comitato intende quindi con questa comunicazione sottoscrivere tale lettera, diversi passaggi della quale vengono qui di seguito letteralmente richiamati, con l'aggiunta di numerose riflessioni autentiche redatte dai nostri esperti. Nell'ordine:

1) "L'ADD/ADHD è generalmente considerata un'anormalità neuro-chimica"

Per quanto l'ADD/ADHD possa essere comunemente considerata un' "anormalità neurochimica", non ci sono prove scientifiche certe per sostenere questa



A.S.Q. San Giovanni Battista



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



tesi. Come per la documentazione dell'APA analizzata dall'ICSPP, le dimostrazioni scientifiche richiamate nel protocollo diagnostico-terapeutico dell'ISS contengono prove ambigue e per certi versi incoerenti, secondo le quali il cervello di individui con ADD/ADHD diagnosticata sarebbe "diverso" da quello degli individui cui il disordine non è stato diagnosticato (Goldstein and Goldstein, Barkley, Ross and Ross). Tuttavia, anche se ci fossero prove ben più solide ed evidenti, e così non è, ciò non dimostrerebbe che l'ADD/ADHD sia **causata** da tali dinamiche biologiche.

Tutto ciò che possiamo dedurre dall'esame attento di questa letteratura scientifica, è che è provata una **correlazione** fra le dinamiche biologiche e la categoria ADHD. Poiché quest'argomentazione è riferita a delle correlazioni e poiché il cervello è un organo vivente e funzionante, che reagisce costantemente agli stimoli mediante complessi cambiamenti neurochimici e di altro tipo, è altrettanto - se non maggiormente - possibile che le dinamiche biologiche siano il **risultato** di un'interazione di emozioni, pensieri, intenzioni e comportamento sperimentati dagli individui diagnosticati. Vi invitiamo a leggere in quest'ottica i risultati delle seguenti ricerche, già richiamate nella citata lettera dell'ICSPP:

- Jeffrey Schwartz ed altri dell'UCLA hanno scoperto che un gruppo di persone sofferenti di disturbi ossessivo-compulsivi presentavano "anormalità" cerebrali. Metà di tali individui era sottoposta a terapia farmacologica, mentre l'altra metà riceveva una "terapia della parola" di tipo cognitivo-comportamentale. Tutti i pazienti sono migliorati e, quando Schwartz ha controllato i loro cervelli, ha rilevato che erano cambiati allo stesso modo. Presumibilmente, la terapia cognitivo-comportamentale ha avuto sulla conformazione cerebrale lo stesso impatto della terapia farmacologica;
- Mark Rozensweig et altri hanno scoperto che i cervelli delle scimmie cresciute in ambienti più salutarci avevano un maggior numero di neuroni e connessioni fra i neuroni (sinapsi) più complesse di quelle delle scimmie cresciute in ambienti impoveriti;
- Franz Alexander ha scoperto che le persone private dai genitori di supporto, stima e tempo sufficiente durante la crescita, erano più soggette a rischi di iperattività tiroidea rispetto alle persone cresciute in ambienti migliori sotto il profilo educativo;
- James Pennebaker ha scoperto che gli studenti incaricati di scrivere circa i traumi sofferti e le proprie paure, relazioni e aspettative, avevano un sistema immunitario più forte ed erano più in salute degli studenti incaricati di scrivere su temi emotivamente meno coinvolgenti;
- altri studi hanno dimostrato una relazione fra la tendenza alla depressione e le seguenti variabili psicologiche:
 - traumi subiti in età infantile (Kramer);
 - elevato bisogno di un'importante relazione, o perdita di essa (Lehmicke & Hicks);
 - basso livello di autostima e alto livello di stress (Kreger);
 - perdita di controllo su alcune importanti variabili della propria vita (Jense, Cardello & Baun);

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



- sistema competitivo stabile piuttosto che flessibile (Seligman);
- alto livello di personalità autodistruttiva (McCutcheon).

- uno studio recente dei ricercatori della Cornell University ha scoperto che un corso di due settimane di lettura terapeutica ha cambiato significativamente la fisiologia del cervello in studenti dislessici (Rappaport, 2003);
- un recente studio dello psichiatra di Seattle Arif Khan (Khan ed altri) ha indicato una notevole affinità fra gli effetti di placebo e di farmaci antidepressivi nella sperimentazione originale FDA di queste medicine;
- Leuchter e altri ricercatori dell'UCLA (Leuchter ed altri) hanno scoperto che questi effetti placebo consistono in rilevanti cambiamenti nelle funzioni cerebrali. Studi simili **non** sono stati effettuati su soggetti affetti da ADD/ADHD nè su individui che potrebbero aver subito alterazioni cerebrali temporanee o permanenti in conseguenza di cure mediche stimolanti tipicamente escluse o controllate nelle ricerche su ADD/ADHD (Leo & Cohen);
- Baumeister e Hawkins hanno effettuato un'esaustiva ricerca sui tentativi di identificare uno o più siti neuroanatomici correlati all'ADD/ADHD, mediante tecniche strutturali e funzionali di neurovisualizzazione come PET, scanning positronico, MRI e misurazioni elettrofisiologiche. I ricercatori hanno affermato che, *"nonostante sembri essere oggi condiviso dagli esperti che l'ADHD sia associata ad anomalie cerebrali strutturali e/o funzionali l'indagine in corso indica che la letteratura di neurovisualizzazione non fornisce prove convincenti sull'esistenza di anomalie nei cervelli di persone affette da ADHD"*;
- tre recenti ricerche scientifiche (Max ed altri, Peterson ed altri, Zametkin ed altri) 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"* e che *"nei bambini diagnosticati ADHD non sono stati riscontrati indicatori neurologici particolari, né strutturali, né funzionali, né chimici"*. 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 (W. Carey), 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;
- inoltre, una ricerca di Rapoport e Inoff, della Divisione di Psichiatria dell'Infanzia del National Institute of Mental Health (USA), 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;

fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org

CHILD

F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

- tra gli ulteriori motivi di preoccupazione, così numerosi da non rendere possibile una citazione esaustiva in questo contesto, ricordiamo ancora quanto citato nella nostra pubblicazione "Bambini e Psicofarmaci: nuova emergenza sanitaria" (3^a ed, aprile 2005):

- come confermato da Brandon, White ed Andersen esiste il timore che l'assunzione di questi potenti psicofarmaci possa incidere 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 effettuate presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Miami e presso ospedali e cliniche universitarie (Mendes et altri, Lambert et altri);

- una recente ricerca (Bolanos, Barrot et altri) dimostra ad esempio 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. I ricercatori sanno già da tempo che alcuni tipi d'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, del National Institute on Drug Abuse (NIDA), Stati Uniti - 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"*;

- Kolb e Robinson 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 giunti Brown, Carrey e Wilkinson 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, mentre Moll, Hause, Ruther ed altri hanno per la prima volta accertato *"cambiamenti duraturi - e persistenti dopo il termine dei trattamenti - nello sviluppo di parti del sistema nervoso centrale, causati dalla somministrazione precoce di psicofarmaci stimolanti durante la fase giovanile"*;

- occorre richiamare anche i commenti ad una nota ricerca scientifica di Henderson e Fischer: "...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



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO www.giovanialcentro.org



F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



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...";

- un'equipe di specialisti dell'Università di Maracaibo, richiamata in bibliografia, 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 (Frolich et altri) e da successivi esperimenti, perfezionati anche in Italia (p.es. equipe Tarracchini/Salvadori), di imminente pubblicazione a cura dello scrivente Comitato. Molti operatori continuano a pensare che, se gli stimolanti portano ad un miglioramento nel comportamento del bambino, questa è 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?

- infine, ultimo ma non ultimo, una recente meta-analisi di esperimenti sul metilfenidato, controllati a random, ha evidenziato che diversi dei più noti esperimenti che concludevano con rilievi a favore della terapia farmacologica erano di scarsa qualità e con una forte prova di pregiudizio editoriale: gli effetti a breve termine erano irregolari su scale percentuali differenti, gli effetti collaterali erano frequenti e problematici e gli effetti a lungo termine oltre le quattro settimane di trattamento non venivano presi in considerazione.

Le prove sopra presentate contraddicono le affermazioni contenute nel protocollo diagnostico-terapeutico dell'ISS. Il criterio scientifico della funzionalità ci porta quindi a conclusioni completamente diverse rispetto a quelle raggiunte dall'ISS, un sistema di conclusioni secondo il quale le dinamiche biologiche che Voi affermate legate all'ADD/ADHD a livello cerebrale **possono essere spiegate più accuratamente come risultato di variabili psicologiche ed ambientali** piuttosto che di un cervello danneggiato nel suo sviluppo, malato o disfunzionante. La dinamica psicofisica che è stata studiata più approfonditamente a questo proposito è la reazione umana allo stress. La reazione umana allo stress è una profonda e complessa dinamica biochimica e fisiologica, preceduta dalla percezione di un pericolo e dalla comprensione che il

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanicentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



pericolo è reale e va affrontato. Le variabili psicologiche dalla reazione umana allo stress precedono e probabilmente causano le variabili fisiologiche, piuttosto che il contrario (Everly, Selye).

Come sostenuto dall'ICSPP, chiamare l'ADHD una "anormalità neurochimica" con "cause biologiche" significherebbe sottendere che questa non abbia a che fare con il modo in cui il bambino pensa, sente, reagisce, comprende, percepisce, riorganizza e reagisce. Implica invece che i comportamenti non siano sotto il controllo del bambino o di chi entra a far parte del mondo del bambino e che questi non abbiano per certi versi nulla a che vedere con il modo in cui il bambino scopre e organizza il significato di quel mondo.

Inoltre, la dizione "l'eziologia di questa sindrome [ADHD] è sconosciuta" è adottata:

- 1) dalla Novartis ©, nel "Riassunto delle caratteristiche del prodotto" del metilfenidato (Ritalin®) redatto per gli addetti ai lavori
- 2) dalla Food and Drug Administration (FDA)
- 3) dalla Drug Enforcement Administration (DEA)
- 4) dal National Institute of Mental Health (NIMH) che ha dichiarato quanto sopra in occasione di una deposizione giurata del suo rappresentante Dr. Richard Nakamura davanti al "Committee on Government Reform, United States House of Representatives";
- 5) dal Consensus di Torino, maggio 2005.

Appare pertanto del tutto legittimo chiedere all'ISS una rettifica della frase adottata a seguito dell'emanazione delle linee guida SINPIA, laddove si afferma che "l'ADHD è una malattia cronica". L'aggettivo "cronica", riferito ad una malattia, è in questo caso del tutto illegittimo, in quanto solo una parte non ancora esattamente definita di bambini manifesta in età adulta il disturbo, ed inoltre tale dicitura prefigura fin da subito una prescrizione farmacologica a vita, ed è quindi con ragionevole certezza un chiaro presupposto di abuso.

2) La maggior parte delle persone affette da ADD/ADHD presenta tale anormalità sin dalla nascita, per quanto possa non essere diagnosticato fino all'età adulta."

Questo implicherebbe che l'ADD/ADHD sia un disordine genetico. Viene ampiamente promozionata dall'ISS tutta una serie di ricerche intente a dimostrare che questo disordine è essenzialmente il risultato di fattori genetici. La maggior parte di queste ricerche trova ragione di esistere in studi che paragonano il tasso di corrispondenza di tale disordine fra gemelli monozigoti e gemelli dizigoti. In teoria queste ricerche hanno evidenziato corrispondenze molto maggiori fra i gemelli monozigoti che fra i gemelli dizigoti (Goodman & Stevenson, Pauls, Biederman ed altri, Gillis ed altri, Edelbrock ed altri, Sherman ed altri). Ciononostante, il risultato di questo tipo di ricerche è distorto da errori molto importanti, come i seguenti, rilevati nel documento ICSPP:

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO www.giovanialcentro.org



F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti



- tutte queste ricerche sono basate sull'assunto che gemelli monozigoti e dizigoti siano cresciuti in ambienti identici. Tale assunto è sbagliato. Come ha spiegato Jey Joseph, "i gemelli monozigoti trascorrono più tempo insieme di quelli dizigoti, e ancora più spesso si vestono in maniera simile, studiano insieme, hanno gli stessi amici stretti e frequentano le occasioni sociali insieme. James Shields, nel suo celebre studio sui normali gemelli compagni di scuola ha rilevato che il 47% dei gemelli monozigoti aveva un "rapporto molto stretto", che si aveva invece solo nel 15% dei gemelli dizigoti. Secondo un test condotto da Kringlen, il 91% dei gemelli monozigoti ha provato "confusione di identità durante l'infanzia", cosa avvenuta solo per il 10% dei gemelli dizigoti. Kringlen ha anche rilevato che i gemelli monozigoti erano più spesso considerati dagli altri simili come due gocce d'acqua (76% nei monozigoti contro lo 0% dei dizigoti), "cresciuti come se fossero una cosa sola" (72% contro il 19%) e "bambini inseparabili" (73% contro il 19%). Il 65% dei gemelli monozigoti ha affermato di avere un livello d'intimità "estremamente alto" a fronte solo del 19% dei di zigoti". Poichè l'assunto dell'ambiente identico **non è valido**, le correlazioni richiamate possono essere perlomeno tanto il risultato di fattori ambientali quanto di fattori genetici;
- le scoperte di influenze genetiche sul comportamento sono confutate dal fatto che i geni dirigono la sintesi proteica, ma che la sintesi proteica può essere distorta da fattori ambientali come lo stress, un trauma e la mancanza di attenzione da parte dei genitori (Hubbard & Wald). Il processo di manifestazione dei geni è molto più complesso di quanto si possa pensare seguendo gli articoli di giornali popolari (Commoner). Perciò il processo d'influenza dei geni sul comportamento di una persona è esso stesso notevolmente influenzato da fattori ambientali;
- per dimostrare scientificamente il nesso di causalità fra i geni e alcuni aspetti del comportamento della persona, dovrebbe essere identificato il preciso meccanismo genetico coinvolto. Come Ross & Ross hanno sottolineato: *"gli unici procedimenti che potrebbero definire precisamente il meccanismo genetico sarebbero gli studi di segregazione - che potrebbero essere effettuati su esseri umani tenuti in condizioni molto poco comuni - e studi di correlazione, che richiederebbero l'identificazione della sequenza genetica associata all'iperattività... e queste sono possibilità per le quali non c'è ancora alcuna prova"*

Come ancora sostenuto degli specialisti dell'ICSPP, queste mancanze portano a dubbi sulla validità del filone di ricerca che intenderebbe dimostrare una causalità genetica dell'ADD/ADHD. Pur senza considerare questi notevoli fattori di contaminazione e ostacolo agli esperimenti, la ricerca sui fattori genetici dell'ADHD è obiettivamente valida per non oltre il 50% del campione. Questa è una base molto poco affidabile per la dichiarazione secondo la quale l'ADD/ADHD è presente sin dalla nascita.

Un secondo approccio alla dimostrazione della causalità genetica è lo studio della correlazione fra il temperamento infantile (Thomas e Chess) e le successive diagnosi di ADD/ADHD. Alcuni studiosi hanno suggerito che fattori caratteriali come il livello di attività, la soglia di reattività, l'intensità della reazione, la distrazione, la durata dell'attenzione e la persistenza di questi elementi nel tempo possano essere

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



associati con le caratteristiche di disordini comportamentali come l'ADD/ADHD, che compaiano successivamente. Thomass & Chess hanno indicato, per esempio, che "gli aspetti del temperamento hanno un ruolo significativo nello sviluppo di disordini comportamentali infantili". Ciononostante, questi stessi ricercatori hanno concluso che "in nessun caso un dato schema comportamentale ha causato disturbi comportamentali. Uno sviluppo deviante è sempre stato il risultato di un'interazione fra l'attitudine individuale del bambino e aspetti significativi del contesto in cui cresce". Inoltre, uno studio più accurato di questi fattori ha rivelato che "il contributo delle caratteristiche familiari e delle caratteristiche prenatali è superato dal contributo di fattori costitutivi (iperattività in famiglia, malattie croniche infantili e caratteristiche del temperamento) e dall'ambiente domestico (ambiente competitivo, garanzia di apprendimento in età infantile e interazione fra genitore e figlio, etc)" (Lambert & Harsough).

Un terzo approccio alla dimostrazione della causa genetica per l'ADHD è la ricerca che confronta l'incidenza di ADHD o di simili disordini comportamentali sui parenti dei bambini diagnosticati, con quella sui parenti dei bambini non diagnosticati (Safer, Biederman et altri, Pauls). Questa ricerca è confutata dall'impossibilità di controllare i molti fattori ambientali che potrebbero concorrere a spiegare la trasmissione intergenerazionale delle anomalie mentali nelle famiglie. Ricerche sulle dinamiche di "attaccamento ai genitori" e dei traumi dimostrano la profonda influenza del rapporto genitore-bambino nei primi mesi di vita sulla salute mentale degli individui (Holmes, Bretherton, Crittenden, Lewis, Amini & Lannon, Herman, Van der Kolk, McFarlane & Weisath). Nessuna delle ricerche sull'incidenza dell'ADHD nelle famiglie ha purtroppo posto attenzione a questi fattori fondamentali, e questa superficialità d'analisi parebbe sufficiente per sollevare dubbi seri circa l'affidabilità delle conclusioni raggiunte da queste ricerche.

La ricerca ed il senso comune confermano che l'aspetto genetico deve avere una certa influenza sul temperamento e, dunque, su altri comportamenti che caratterizzano l'ADHD. Ciononostante, le ricerche dimostrano anche che l'influenza genetica non è un fattore scatenante. I tre psichiatri Lewis, Amini e Lannon hanno posto la questione in questi termini: "il patrimonio genetico soggiace alla macro e micro-anatomia di base del cervello; l'esperienza dunque restringe il campo delle molteplici possibilità di realizzazione ad un esito determinato. Anzichè molte possibilità, solo alcune. Anzichè alcune possibilità, una sola. Mentre i geni sono fondamentali nello stabilire alcuni aspetti dell'emotività, l'esperienza gioca un ruolo centrale nell'attivare e disattivare i geni. Il DNA non è il destino del cuore; la lotteria genetica può decidere le carte del mazzo, ma l'esperienza sceglie quelle che avrai in mano... Come molti dei loro giocattoli, i bambini una volta nati hanno bisogno di attuare un vero e proprio assemblaggio. Il cervello di un bambino non si può sviluppare normalmente senza l'influenza coordinatrice fornitagli dalla comunicazione limbica. Le parole confuse e rumorose che si scambiano i bambini piccoli con i genitori, gli sguardi fissi, roteanti e buffi fra le facce del bambino e del genitore, sembrano innocui se non insensati; non si sospetterebbe che dietro tutto ciò ci sta svolgendo il processo formativo della vita. Ma sin dal loro primo incontro, i genitori guidano lo sviluppo cerebrale del bambino con cui stanno avendo a che fare. Nei primi anni di vita del bambino, i genitori ne modellano il cervello donandogli emozioni e costituendo il nucleo neurale del suo Io"

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
Piemonte

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Un esame bilanciato di queste ricerche indica che non c'è prova evidente che l'ADD/ADHD sia presente sin dalla nascita come sostenuto dall'ISS, e che i fattori genetici sono, al più, un'influenza secondaria sui comportamenti che caratterizzano l'ADD/ADHD. Inoltre ricordiamo come molti degli esperti consultati dall'ISS rivendicano il fatto che l'ADHD non curato conduce a danni significativi per gli individui che ne soffrono, ma non solo gli autori alludono a un'associazione statistica con la causa che **non è affatto dimostrata**, ma come se non bastasse le prove richiamate in questa nostra lettera suggeriscono che il trattamento farmacologico ha al massimo un effetto **irrilevante** sui risultati a lungo termine.

Peraltro genera allarme **il rischio di alterazione genetica derivante dall'uso del farmaco a normale dosaggio terapeutico**: un recentissimo studio scientifico del Dipartimento di Medicina dell'Università del Texas, che è seguito ad altri studi dello stesso tipo giunti alle medesime conclusioni (vedi sezione Ricerca Scientifica del portale www.giulemanidaibambini.org), ha infatti fatto chiarezza su questo punto. La ricerca - effettuata non su cavie ma su bimbi in normale cura con metilfenidato - conferma 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 anomalie 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 metilfenidato e di altri psicofarmaci somministrati ai minori) pare quindi causare quindi una maggiore esposizione al rischio di cancro e di mutazioni genetiche per i bambini.

3) "L'ADHD non è causata da un non ottimale rapporto con i genitori, da un contesto familiare difficile, nè da formazione inadeguata o nutrizione inappropriata."

Nei fatti, la maggior parte delle prove scientifiche dimostra che l'ADHD è significativamente associata a bisogni d'attenzione non corrisposti durante l'infanzia, difficili contesti familiari, scuola oppressiva e contesti sociali inadeguati. Pur senza voler criminalizzare i genitori od investire la famiglia dell'intero pacchetto di responsabilità, non possiamo non rilevare come un numero significativo di ricercatori abbiano scoperto un'associazione fra le caratteristiche comportamentali dell'ADHD e le seguenti caratteristiche del contesto familiare:

- instabilità familiare, differenze nel sostegno alla competizione all'interno della famiglia, apprendimento prematuro, pratiche disciplinari eccessivamente rigide, interesse soffocante sull'andamento scolastico del bambino, percezione negativa e pessimistica da parte dei genitori circa le competenze scolastiche e intellettuali del figlio accompagnata da un minore livello di aspettativa e minore desiderio di partecipare col figlio ad attività didattiche (Lambert & Harsough)
- emotività dei genitori pericolosa e inadeguata, nonché rifiuto inconscio del figlio da parte dei genitori che scaricano sul figlio i propri problemi (Lambert)
- eccesso di critiche da parte della madre e generale insoddisfazione circa il proprio ruolo di genitore (Goodman & Stevenson)

Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



- attitudine ipercritica e distruttiva del padre, approccio incoerente, impaziente e di eccessiva pressione sul bambino e madri giudicate emotivamente disturbate (Thomas & Chess)
- ansia materna e preoccupazione per la maternità (Sameroff & Chandler)
- madri autoritarie, genitori sofferenti di depressione, alcolismo, disordini comportamentali, comportamenti anti-sociali e difficoltà di apprendimento, madri meno reattive alla comunicazione positiva o neutra dei propri bambini (Barkley)
- attitudine negativa, critica e autoritaria verso l'attività educativa (Campbell)
- poco impegno nell'attività educativa da parte dei genitori, ostilità e discordie coniugali (Cameron)
- maggiore ostilità familiare durante i litigi, livello di aggregazione familiare insufficiente e liti ripetute riguardo problemi scolastici o problemi dei fratelli, genitori che si irritano di fronte alle richieste di autonomia dei figli in crescita e che attribuiscono la disobbedienza dei figli a cattive intenzioni degli stessi (Robin, Kraus, Koeple & Robin)
- genitori dal comportamento aggressivo e di ostilità indiscriminata, ma sottomessi e accondiscendenti con i figli durante gli incontri relativi all'educazione dei figli (Patterson)
- disarmonia nella relazione fra madre e figlio nei primi mesi (Battle & Lacy)
- esperienze altamente stressanti per i genitori o bassi livelli di autostima (Goldstein & Goldstein)
- madri troppo critiche verso i figli vivaci durante l'infanzia e che hanno mostrato una disaffezione per essi, che hanno in seguito continuato a disapprovare e a usare punizioni severe per la disobbedienza durante gli anni di scuola elementare e che reputano bassa l'intelligenza dei figli (Ross & Ross).

Per contro, gli autori e gli studi citati nei documenti ISS non riescono a considerare due importanti aree di ricerca che hanno chiaramente dimostrato l'impatto dell'esperienza infantile familiare sulle caratteristiche comportamentali dell'ADHD: il bisogno di attenzione ed i traumi. Gli studiosi specializzati nella disamina del bisogno di attenzione hanno rilevato significative correlazioni fra la qualità della relazione tra il bambino e i genitori a un anno di vita e le capacità scolastiche e sociali ed i livelli di ansia e di salute generale del bambino nella scuola primaria e secondaria (Goldberg, Muir & Kerr). Come afferma J. Holmes *"lo studio sul bisogno di attenzione ha mostrato come il senso di sicurezza di un bambino in età scolare sia enormemente influenzato dalla coerenza, reattività e sintonia che il bambino ha sperimentato con i genitori durante l'infanzia"*. Probabilmente, il comportamento che è usato come indice per diagnosticare ADHD può essere visto come la reazione normale e comprensibile di un bambino insicuro ad una situazione di stress.

Inoltre, è d'**estrema importanza** ricordare come i ricercatori che hanno studiato i traumi infantili hanno scoperto che le esperienze traumatiche in età infantile hanno un enorme impatto sulla capacità di chi le subisce di modulare l'emotività e di reagire in maniera efficace ed appropriata ad esperienze impegnative e frustranti (Van

fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici REGIONE PIEMONTE

GIOVANI AL CENTRO www.giovanialcentro.org

CHILD

F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti

ANPE

COMITATO PERMANENTE PER IL CONSENSUS SULLE MEDICINE NON CONVENCZIONALI

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro
fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305
info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



der Kolk, Mc Farlane & Weisaeth, Herman). Le vittime di traumi infantili tendono a reagire più esageratamente a situazioni di minaccia e di avversità, a reagire impulsivamente, o si proteggono rifugiandosi dentro se stesse. Tutti questi tipi di comportamento vengono utilizzati come indicatori a se stanti per diagnosticare l'ADHD. Le esperienze traumatiche non devono necessariamente mettere a rischio la vita per produrre impatti del genere. Possono consistere in mancanza di amore, di supporto, di attenzione durante l'infanzia, di affermazioni che vengono percepite come minacce alla vita stessa. Deutsch ed altri hanno scoperto che i bambini adottati – ad esempio - sono più esposti alla diagnosi di ADHD dei bambini non adottati. Ciò può essere compreso se consideriamo il fatto che tutti i bambini adottati hanno sofferto il trauma di essere allontanati dalla madre naturale. La scarsa attenzione ai due punti chiave della ricerca riguardo a) l'attaccamento ai genitori e b) i traumi in relazione alle prime esperienze e ai tipi di comportamento usati per classificare l'ADHD, sono le mancanze forse più eclatanti tra quelle riscontrate nelle ricerche citate dall'ISS.

Il protocollo diagnostico-terapeutico dell'ISS, così come gli analoghi documenti dell'APA che hanno generato la presa di posizione del ICSPP, negano anche l'impatto della "bassa qualità dell'insegnamento" sull'ADHD. L'ICSPP sostiene, ed il nostro Comitato condivide appieno, che per quanto la bassa qualità dell'insegnamento da sola non vada colpevolizzata per l'insorgere dell'ADD/ADHD, l'ambiente - probabilmente non ottimale per bambini con qualche disturbo del comportamento - della tipica scuola pubblica rimane comunque uno dei fattori principali di acuzie del disagio. I programmi educativi in atto sembrano progettati apposta per "tirar fuori a forza" nozioni dalle bocche passivamente recettive degli studenti attraverso metodi spesso ripetitivi, noiosi, schematizzati, generalizzati e standardizzati, e non c'è quasi mai la minima opportunità per un "apprendimento attivo". Non si chiede quasi mai ad un bambino "che cosa voglia realmente imparare", nè come lo voglia fare. I bambini sono soggetti ad un sistema di valutazione tarato in modo discutibile, in cui viene posta al centro della griglia di valori l'intelligenza linguistico-matematica, a discapito di altri tipi di intelligenza altrettanto importanti: musicale, spaziale, meccanica, cinestetica, interpersonale e intrapersonale. Se i bambini diventano annoiati, frustrati, e se ne lamentano, si dice loro di stare zitti oppure li si sanziona sotto il profilo disciplinare. Quel che è peggio, questi bambini potrebbero essere etichettati nella categoria educativa speciale dell'ADD/ADHD ed essere portati in classi "meno iperstimolanti". In queste circostanze, è al bambino che si attribuiscono le cause del "problema" e dell'"anormalità", piuttosto che ad un più vasto sistema sociale che fallisce nel suo compito. Molti studenti hanno testimoniato i modi in cui la scuola tipica colpisce i bambini smettendo di incoraggiarli a diventare quegli esseri unici, diversi e creativi che vorrebbero essere (Leonard, Holt, Gatto). Altri hanno osservato che l'ADHD viene diagnosticata sulla base del comportamento che i bambini tengono in una classe tipica e che, se posti in ambienti meno "oppressivi", questi stessi bambini non manifestano comportamenti del genere. Così Alfie Kohn si chiede se "si diagnosticano i bambini o l'ambiente didattico". E Willerman chiede: "dovremmo classificare come una malattia quello che è un alto livello di attività e una mancanza di tolleranza all'essere forzati a prestare attenzione a una cosa a cui non si vuole prestare attenzione?". Anche alcuni tra i ricercatori citati dall'ISS hanno trovato prove dell'impatto ambientale scolastico sulla diagnosi di ADHD:

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



- la disattenzione si presenta più drammaticamente in situazioni che richiedono al bambino di prestare attenzione a compiti banali, noiosi, ripetitivi e che non abbiano le benchè minime implicazioni immediate (Barkley)
- il fallimento di un compito o un'improvvisa riduzione di una ricompensa promessa, o un controllo più serrato sul bambino possono compromettere seriamente il comportamento (Barkley);
- i bambini iperattivi in età prescolare erano notevolmente più vivaci, difficili e disobbedienti dei loro compagni non iperattivi quando veniva loro richiesto di partecipare ad attività di tipo didattico-passivo, come sedersi intorno a un tavolo e ascoltare, ma erano indistinguibili dai loro compagni nelle normali attività di ricreazione (Ross & Ross);
- il punto in cui si comincia a manifestare l'iperattività coincide spesso con il portone della scuola (Ross & Ross);
- i bambini iperattivi danno il proprio meglio in attività incentrate sull'autonomia, mentre il loro comportamento deteriorava spesso in attività "incentrate sugli altri" (Ross & Ross);
- I bambini iperattivi hanno un momento difficile a scuola, soprattutto nell'adolescenza, in cui l'impegno diventa più serrato e il successo diventa un importante obiettivo; questa situazione migliora una volta adulti, quando possono **scegliere autonomamente** un lavoro in cui possono aver successo (Ross & Ross);

Stiamo diagnosticando un bambino o stiamo diagnosticando un ambiente didattico che è intollerabile e danneggia un particolare gruppo di bambini con certe caratteristiche, alle quali si dà poi il nome di "malattia mentale" solo perchè alcuni di noi hanno scelto di chiamarle così? Possiamo pensare a molte ragioni per le quali un bambino possa decidere di opporsi all'obbligo di prestare attenzione a qualcosa che non vada incontro ai suoi bisogni o che lo distolga da qualcosa che considera più importante in quel momento:

- potrebbe avere pensieri tanto preoccupanti da togliergli spazio per qualunque altro pensiero: avrò mai amici affidabili e che mi diano sicurezza? Posso fare qualcosa per aiutare i miei genitori ad essere felici, così che possano lavorare meglio per darmi attenzione? Perchè ho così tanti problemi a svolgere questo lavoro e gli altri bambini ne sembrano invece capaci?
- potrebbe avere un desiderio irrefrenabile di esprimere un talento o una qualità che non gli viene riconosciuta. Quando Picasso aveva 10 anni, i suoi insegnanti erano molto preoccupati perchè l'unica cosa che voleva fare era... disegnare (!).

Per i più pratici psicologi professionisti trattare preoccupazioni del genere come una "malattia mentale" e spiegarla come una "predisposizione innata" non rende giustizia ad un bambino la cui crisi individuale merita di essere compresa e usata come opportunità di apprendimento, al fine di imparare non come leggere, scrivere e fare i conti, ma come gestire le proprie emozioni, i pensieri e le intenzioni e come sentirsi a proprio agio con gli altri bambini senza perdere di vista se stesso.

Che l'ADD/ADHD sia generalmente considerata un'anormalità genetica e neurochimica, senza legami con l'attitudine educativa dei genitori e dell'ambiente, è un

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO www.giovanialcentro.org



F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti



esempio di contrasto fra l'opinione comune e la prova scientifica. Che cosa si può guadagnare da opinioni del genere? Questo, purtroppo, non è certo un nuovo dilemma per la nostra disciplina. L'ICSPP sostiene, ed il nostro Comitato condivide, che ci sono diversi studiosi convinti che l'attuale criterio di definizione diagnostica dell'ADHD - come quello di molte altre malattie contenute nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali) - sia stato redatto in maniera controversa (Caplan) e che l'ADHD stessa sia stata dimostrata solo attraverso procedimenti poco accurati e approfonditi, con strumenti di discutibile validità e affidabilità (Carey, Armstrong). Ricordiamo a tal proposito, come sostenuto da Sami Timimi e da altri 33 specialisti del suo team, che resta un'ovvia incertezza su come determinare questo disturbo, con definizioni varianti negli ultimi 30 anni a seconda di quale sia l'attuale teoria preferita sottostante l'eziologia. E' come minimo sorprendente che studi epidemiologici tutti apparentemente "seri" producano percentuali di diffusione enormemente differenti, dallo 0,5% al 26% dei bambini. Nonostante i tentativi di uniformare i criteri, studi culturali incrociati sulle percentuali dei sintomi dell'ADHD mostrano importanti e significative differenze tra le percentuali di diffusione nei diversi paesi, tra quelle dei bambini di differenti culture e persino all'interno delle stesse culture, con margini di variazione anche a due cifre percentuali. Inoltre, vi sono alte percentuali di comorbilità tra ADHD e comportamento, ansietà, depressione e altri disturbi, con circa tre quarti dei bambini cui è stata diagnosticato l'ADHD che potevano adempiere anche a criteri di un altro disturbo psichiatrico. Questi alti livelli di comorbilità suggeriscono che il concetto di ADHD è inadeguato a spiegare la realtà clinica.

La diffusione della categoria diagnostica dell'ADHD sta avvenendo a spese dello sviluppo di un movimento culturale attento alla cura dei bambini che possa sorgere da un cambiamento di valori, costumi e di obiettivi nella vita sociale e lavorativa, nell'impegno educativo, nel rapporto coi media, nella percezione ed organizzazione del tempo. Ogni accademico dovrebbe essere aperto alla moltitudine di voci e prospettive che ci aprono a questi cambiamenti, piuttosto che "vendere" la propria credibilità ad una singola prospettiva che disprezza o minimizza fattori come questi in favore di una sospetta spiegazione riduzionista e biologica.

Speriamo che questa nostra lettera, come quella indirizzata dall'ICSPP all'APA, Vi giunga come un allarme: il rischio è di giustificare ed esorcizzare il nostro fallimento nell'identificare con precisione e nel risolvere efficacemente i problemi del bambino, che traggono origine dall'iniustizia, dall'ingiustizia, dalla mancanza di solida guida dei genitori e dai difetti dell'istruzione pubblica. Se vediamo l'iperattività, l'impulsività e la "disinibizione" che caratterizzano l'ADHD come dettate dalla genetica o da non meglio definite dinamiche biologiche, allora le chiamiamo "malattia" e le curiamo con psicofarmaci e tecniche di condizionamento attivo. Se vediamo quegli stessi identici comportamenti come una reazione del bambino ad una situazione difficile, repulsiva, oppressiva, abusiva, che non gli dà rilievo, peso ed affermazione, allora li consideriamo come una reazione normale e comprensibile e la curiamo aiutando il bambino, la famiglia e gli educatori ad identificare una reazione ed una soluzione migliore, più adatta e più stimolante.

Gli specialisti dell'ICSPP, ed i nostri esperti con loro, osservano: cosa c'è di male se dei medici, degli psicologi e degli psichiatri come noi non condividono con l'esistenza di cause biologiche o neurobiologiche dell'ADHD? Cosa c'è di male se noi

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



abbiamo messo in guardia contro l'uso e l'abuso della categoria di ADHD su bambini agitati, disobbedienti, traumatizzati o stranieri con atteggiamenti difensivi? Cosa c'è di male se ci si interroga sull'affidabilità e sulla validità delle procedure diagnostiche dell' ADHD e degli altri disturbi comportamentali dell'infanzia e dell'adolescenza? Se i bambini siedono immobili o prestano attenzione agli insegnanti e agli educatori, non significa certo che essi **non** abbiano dei problemi. Tutto ciò che desideriamo dimostrare è che non esiste una "vera ADHD", ma solo un'ADHD "supponibile". Ci sono moltissimi medici che non sottoscriverebbero il modello medico riduzionista legato ai Vostri tentativi di legittimare l'ADHD come un cosiddetto "disordine neurochimico". **Hanno considerato le stesse prove che voi avete considerato, e sono giunti a conclusioni opposte!** Le istituzioni pubbliche hanno a nostro avviso il compito e l'**obbligo** di rappresentare una sintesi equilibrata fra i punti di vista professionali delle diverse categorie di specialisti: questi includono il Vostro ed il nostro, **che ha eguale dignità scientifica**, e che in quanto tale egualmente dovrebbe essere tenuto in considerazione ed adeguatamente pubblicizzato dal Vostro Ministero.

Come possiamo mai accettare un protocollo diagnostico-terapeutico che sostiene l'estremismo della lettura psichiatrico-biologica dell'ADHD e la presenta come indiscutibilmente vera, quando è invece ben lungi dall'esserlo, ed al tempo stesso minimizza - se non nega - il valore delle spiegazioni psicosociali che si possono offrire?

La prospettiva culturale in questo acceso dibattito ci appare come decisamente trascurata dalla Pubblica Amministrazione. Come sostenuto dallo staff del prof. Sami Timimi, la situazione ci richiede di esaminare la natura culturale di come costruiamo quelli che riteniamo bambini "normali" e "anormali" ed i relativi metodi pedagogici. Sebbene l'immaturità infantile sia un fatto biologico, i modi in cui questa immaturità viene compresa e resa significativa è un vero e proprio fatto culturale. Differenze tra culture, e all'interno delle culture stesse, nel tempo, spiegano che quelle che sono considerate pratiche desiderabili in una cultura sono spesso viste come abusive, pericolose o patologiche in un'altra. Perciò, negli ultimi decenni del 20° secolo, nella cultura occidentale il compito dell'educazione dei bambini è stato gravato di ansia. Da una parte, genitori e insegnanti sentendo la pressione dell'interruzione del discorso dell'autorità adulta, percepiscono di dover agire per controllare i bambini indisciplinati; dall'altra parte si sentono inibiti nell'agire così, per paura delle conseguenze, ora che la gente è cosciente del fatto che le famiglie possono essere rovinate e le carriere distrutte se lo Stato dovesse decidere di intervenire. Quest'ansia culturale ha generato il contesto sociale ideale per la crescita della popolarità del concetto di ADHD. La nozione di ADHD ha aiutato a far spostare il focus da questi dilemmi sociali all' "individuo-bambino". Peraltro è stato nei migliori interessi dell'industria farmaceutica facilitare questo cambio di focus: la strategia delle ditte farmaceutiche per il mercato in espansione dei trattamenti farmacologici per bambini non è confinata alla promozione diretta dei farmaci, ma include le "interferenze" nell'attività di libera ricerca e anche la campagna pubblicitaria della malattia, ad esempio tramite associazioni per gruppi di aiuto ai genitori come il CHADD in USA e l'AIFA (Associazione Italiana Famiglie ADHD) in Italia, che - entrambe - traggono a vario titolo giovamento dalle risorse finanziarie dei produttori dei farmaci. Ciò non deve suonare come un attacco ai gruppi genitoriali, i quali spesso e volentieri trovano nel farmaco l'unica possibile risposta, in carenza di altre proposte dalla sanità statale, ma deve comunque richiamarci ad una più obiettiva disamina dello scenario. Perciò l'attuale "epidemia" di ADHD in Occidente

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



TUTTINSIEME
Federazione Europea
delle Associazioni di Volontariato
Civile e Socio-sanitario



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



può essere compresa come sintomo di un profondo cambiamento nelle nostre aspettative culturali sui bambini, i quali sono associati a un'alleanza involontaria tra ditte farmaceutiche e alcune categorie di specialisti. Questo pare servire a legittimare culturalmente la pratica di dispensare prestazioni che aumentino il consumo delle sostanze, in un grossolano tentativo di "domare" artificialmente le nostre attuali ansie per l'educazione dei bambini e degli adolescenti.

Alcuni autori si danno poi da fare a dimostrare che non è colpa del bambino, del genitore o dell'insegnante. Tuttavia, provare a comprendere le origini e i significati dei disagi delle persone etichettate come sofferenti di disturbi comportamentali, come per l'ADHD, non necessita a nostro avviso l'implicazione del concetto di "vergogna" od iandeguatezza. Ciò che si richiede davvero è un tentativo di impegnarsi positivamente nelle relazioni interpersonali della vita umana. Questo può essere promosso attraverso consulenze familiari e approcci educativi individualizzati. Inoltre i bambini possono vedere il trattamento farmacologico come una punizione per un comportamento dispettoso e rischiano di assorbire il messaggio di non essere in grado di controllare o apprendere a controllare il loro comportamento. Il trattamento psicofarmacologico può anche correre il rischio di allontanare tutte le persone che ne sono coinvolte dal ricercare e trovare strategie più efficaci e a lungo termine. Il bambino, e chi si prende cura di lui, possono essere educati in maniera del tutto superflua a far proprio l'atteggiamento della "pillola che risolve i problemi esistenziali". Inoltre, dal momento che lo psicofarmaco in questo caso non cura alcunché, ma pone sotto controllo il problema e apre la strada ad altri interventi, limitarsi ad un intervento di carattere farmacologico significa di fatto non intervenire affatto in termini di efficacia.

Inoltre è nostra convinzione che l'Ente pubblico, per il ruolo del quale è investito, debba sentir Suo l'obbligo di promuovere un rapporto schietto, franco, obiettivo, imparziale e genuino con il cittadino. Abbiamo evidenze scritte di come in più occasioni tali presupposti di carattere morale (se non a volte anche legale) siano stati violati, per motivi che non comprendiamo e secondo dinamiche che comunque ci lasciano sconcertati. A puro titolo esemplificativo e non esaustivo, citiamo per estratto il contenuto della risposta scritta all'interrogazione parlamentare presentata dall'On. Valpiana nel corso della precedente legislatura, che chiedeva al Ministro per la Salute precisazioni circa l'attuale strategia della Pubblica Amministrazione sui temi in discussione. I tecnici del Ministro, possiamo supporre con il concorso dell'ISS che è appunto l'organo tecnico di consulenza del Ministero per la Salute, replicarono affermando che (riportiamo le affermazioni loro in corsivo e di seguito ad ognuna i nostri commenti nel merito):

- *"non sono state attivate procedure o progetti specifici sulla somministrazione di psicofarmaci a bambini e adolescenti in Italia da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, né specifici programmi di screening".* Al di là dei virtuosismi linguistici, non si comprenderebbe allora in che categoria d'azione possa essere ricompreso il "Progetto Prisma" (batterie di test psichiatrici somministrati nelle scuole a migliaia di bambini) il "Protocollo Diagnostico Terapeutico ADHD" e l'autorizzazione all'apertura dei centri regionali per la somministrazione, prevista dagli stessi schemi di strategie Ministeriali sottoposti alla nostra attenzione (uno per regione inizialmente, ma solo in Veneto ne sono già stati autorizzati dodici). Nel merito dei test psichiatrici, si precisa che essi sono proseguiti come iniziativa

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.G. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI AL CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



autonoma di singole ASL in collaborazione con singole scuole, in tutta Italia, al fine – a loro dire – di “*intercettare preventivamente il disagio*”. Tali test sono stati somministrati a volte anche senza il consenso scritto dei genitori, tanto che diverse sono state le iniziative di singole Procure della Repubblica per una migliore tutela dei diritti dei genitori e dei minori coinvolti;

- “*nessun farmaco antidepressivo registrato in Italia è indicato per il trattamento della depressione nei bambini e degli adolescenti, ed anzi l'impiego di tali medicinali è controindicato nei bambini*”. Anche in questo caso la risposta, ineccepibile sotto il profilo formale ed esaustiva forse per l'aula parlamentare, è certo lontana dal registrare la verità dei fatti così come verificati sul territorio nazionale dallo stesso Istituto Mario Negri di Milano, centro di ricerca di indubbia credibilità, che ha recentemente evidenziato come perlomeno 30.000 (trentamila) minori in Italia facciano uso di molecole antidepressive la cui circolazione è stata posta sotto controllo in USA ed interdetta nella fascia pediatrica. I primi “warning” di Giu le Mani dai Bambini® sono stati indirizzati a mezzo stampa, e per conoscenza al Ministero, ad inizi 2004, sulla scorta di ricerche scientifiche americane, e solo dopo la presa di posizione dell'EMEA l'organo italiano di vigilanza (AIFA) ha ritenuto di prendere a sua volta posizione, richiamando ne più e ne meno le raccomandazioni EMEA, con un'azione di farmacovigilanza che non esiteremmo a definire tardiva. Si precisa peraltro come buon parte di tali psicofarmaci continuino ad venire somministrati (trattasi per la circolare AIFA di “raccomandazione” e non certo di interdizione alla somministrazione). Solo 15 gg fa il Ministero ha emanato una direttiva concernente la limitazione alla prescrizione di antidepressivi ai minori, limitandola però alla tipologia dei “triciclici”, quando tale limitazione non era prevista nelle raccomandazioni USA ed U.E. e ben sapendo che gli antidepressivi invece più diffusi sono quelli di tipo “SSRI” (Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina);
- “*la Sindrome da Iperattività/Deficit di Attenzione (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino*”. Questa circostanza è tutt'altro che dimostrata, ed anzi l'origine biologica del disturbo è oggetto di accese polemiche proprio in seno alla comunità scientifica nazionale ed internazionale, come provano al di là di ogni ragionevole dubbio le ferme prese di posizione di accademici di chiara fama e le numerosissime polemiche a mezzo stampa, anche specializzata;
- “*l'adolescente deve essere diagnosticato sulla base di classificazioni internazionali e differenziali definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità*”. Quest'affermazione poi è del tutto non genuina, ben sapendo i tecnici del Ministero che la classificazione normalmente utilizzata è quella del DSM-IV R, testo redatto da un'organizzazione di stampo privatistico e non già dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I criteri OMS – decisamente più condivisibili - appaiono infatti **ben più restrittivi**, prevedendo la classificazione ADHD sono in caso di “*evidenti anomalie funzionali*”;
- “*la terapia dell'ADHD comprende interventi psicoeducativi e trattamenti farmacologici*”. Non si comprende a quali interventi psicoeducativi si faccia riferimento, dal momento che non sono previsti stanziamenti per questa voce di spesa, che nel protocollo diagnostico-terapeutico – improntato nettamente sul

Comitato “Giu'leManidaiBambini” ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI AL CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



modello riduzionista-farmacologico – si riservano 5 righe su 30 pagine agli interventi alternativi, e nei centri non è attualmente previsto alcun percorso certificato se non quello che prevede l'utilizzo del farmaco, ed infine che qualora previsto l'intervento psicoeducativo è sempre e comunque affiancato a quello farmacologico e mai alternativa preliminare ad esso;

- *“l'efficacia e tollerabilità del metilfenidato sono state oggetto di numerosi studi controllati”*. Altrettanti studi scientifici affermano l'esatto opposto, mettendo in allarme la comunità medica ed accademica circa i gravi rischi propri della somministrazione di questo prodotto, che come sappiamo è stato solo recentemente derubricato “per decreto” dalla tabella stupefacenti, e nonostante tali numerose evidenze scientifiche critiche il Ministero non ha ritenuto di citare neppure uno dei motivi di allarme o di prudenza;
- *“l'approccio all'ADHD è multidisciplinare e la terapia farmacologica viene attivata solo nei casi gravi”*. Attualmente la risorsa farmacologia appare l'unica sulla quale il Ministero stà investendo, ed il farmaco più che “l'ultima” risorsa sembra invece “l'unica” risorsa;
- *“su questi aspetti esiste il consenso nella comunità scientifica internazionale*. Questa affermazione ancora non risponde al vero, in quanto sono così tanti i motivi di dissenso in seno alla comunità scientifica internazionale su ogni aspetto di questa vicenda da non renderne possibile l'enumerazione in questa sede. Alcuni di essi vengono tuttavia posti alla Vs. attenzione in questa nostra lettera, rilevando come peraltro in molte occasioni Voi abbiate dato per scontato un consenso scientifico **assolutamente inesistente**;
- *“la Consensus Conference di Cagliari ha prodotto una serie di raccomandazioni in materia”*. Analogo documento redatto a Torino nel maggio 2005, che come abbiamo ricordato ha ottenuto il quadruplo di autorevoli sottoscrizioni, è divenuto a conclusioni **esattamente opposte**, eppure il Ministero non si è sentito **in alcun modo in dovere di richiamarlo**;
- *“verrà fornita adeguata informazione alle famiglie anche tramite la consegna di uno specifico stampato”*. Ricordiamo ancora le gravissime lacune sotto il profilo di una corretta informazione proprie dello stampato proposto dal Ministero, lacune che non possiamo che augurarci vengano sollecitamente colmate.

In quanto prima e più visibile campagna di farmacovigilanza in età pediatrica a livello nazionale, chiediamo con determinazione all'ISS di prendere in seria considerazione quanto affermato in questa nostra comunicazione e di voler provvedere a correggere ed integrare il proprio protocollo diagnostico terapeutico, in modo da riflettere una sintesi più equilibrata delle prove scientifiche disponibili e dell'enorme varietà di prospettive proposte dagli psicologi che stanno studiando questi disturbi del comportamento dell'infanzia. In particolare il Ministero per la Salute e l'ISS, nell'unico maggior interesse per la salute della popolazione minorile della nazione, dovrebbe a nostro avviso:

- a) indicare sui protocolli diagnostico-terapeutico, sui moduli di consenso informato da consegnare alle famiglie, e più in generale su ogni documento afferente la possibile somministrazione di psicofarmaci in età pediatrica - che le spiegazioni strettamente neurobiologiche sono basate sui risultati di ricerche limitate e

Comitato “GiuleManidaiBambini”® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



comunque controverse, e che molto spesso **le cause ambientali e sociali sono colpevolmente trascurate**, e prevedere in ogni caso un completo ed obbligatorio screening medico preliminare, al fine di procedere per esclusione all'eliminazione delle possibili concause, patologie correlate o malattie in grado di "mimare" i disturbi del comportamento;

b) porre **la psicoterapia come scelta di prima linea**, anche nel modulo di consenso informato, e prevederla come interamente a carico del servizio sanitario nazionale, al fine di non correre il rischio di indirizzare di fatto le famiglie sull'opzione farmacologica, quella si erogata in regime di gratuità;

c) **limitare il ruolo di genitori ed insegnanti nell'iter diagnostico**, in quanto questi soggetti non sono addestrati all'osservazione, e la prassi ad oggi prevista nelle linee guida proposte dal Ministero è a nostro avviso illegittima, in quanto "osservare e certificare" i comportamenti di un minore è cosa molto più complessa e difficile di quanto possa apparire a prima vista, ed è del tutto scorretto che le risultanze delle osservazioni di genitori ed insegnanti entrino a far parte dell'iter diagnostico (magari con il rischio di non venir ripetute dallo specialista in quanto considerate esaustive) vincolando significativamente il giudizio dello psichiatra o dello psicologo, con il risultato di un perfezionamento diagnostico di fatto "eteroindotto" e probabilmente gravemente viziato da errori di fondo. L'esperienza ci ha insegnato inoltre che l'assenza di una valutazione diagnostica affidabile e seria comporta da un lato una sovrastima del fenomeno e dall'altro un'ovvia e conseguente elevata quantità di "successi", che però prescindono dalla reale efficacia della soluzione proposta, sia essa farmacologica o di altro tipo;

d) com'è legittimo e doveroso, **indicare nel modulo di consenso informato tutti gli effetti collaterali** segnalati sui documenti di accompagnamento redatti dalla casa farmaceutica produttrice, inclusi quelli molto rari, al fine di favorire una scelta pienamente consapevole da parte dei genitori con riguardo ai rischi ai quali sottopongono i loro figli, risultando del tutto insufficiente e di fatto gravemente omissiva le attuali elencazioni previste dal Ministero. Nel rispetto del "Principio di Precauzione" ("*better safe than sorry*") assumere preventivamente ogni altra possibile cautela, anche in caso di incertezza scientifica sul rischio, sulla base di un'attenta e prudente analisi costi-benefici, perché il solo principio corrente di "prevenzione", che si può applicare esclusivamente ai "rischi certi", non pare adeguato in questa circostanza, essendo in discussione un aspetto delicatissimo qual è il diritto alla salute delle giovani generazioni;

e) dal momento che il problema afferisce in generale il rischio di abusi nella somministrazione di psicofarmaci ai minori, ovvero l'uso improprio od anche gli eventuali effetti tossici nell'uso a normale dosaggio terapeutico (qualora sussistenti), il Ministero dovrebbe altresì **disporre l'obbligatorietà del "black box"** (il riquadro nero già adottato con successo in USA e Canada) sulle confezioni degli psicofarmaci ad uso pediatrico o comunque di fatto somministrati in fascia pediatrica, riportante in linguaggio chiaro e comprensibile al comune cittadino tutti i più gravi tra gli effetti collaterali dello psicofarmaco;

f) in concerto con Ministero della Pubblica Istruzione, porre in essere i più opportuni accorgimenti per **evitare di proseguire con test psichiatrici**

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI AL CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



“preventivi” sulla popolazione infantile, promossi in nome di una mal interpretata “autonomia” delle singole ASL e scuole, test che pongono i bambini ad elevato rischio di “etichettatura” e stigma in futuro, nonché procedere alle più opportune determinazioni amministrative affinché – in caso di prosecuzione di detti test – essi vengano comunque effettuati nel pieno rispetto delle normative sulla privacy, con particolare attenzione ad evitare che la compilazione di semplici questionari di carattere statistico-epidemiologico vadano di per se ed automaticamente l’avvio di un processo di indirizzo verso la terapia farmacologica;

- g) garantire un approccio più etico alla ricerca, con l’obbligo per tutti i soggetti coinvolti di dichiarare per iscritto gli eventuali interessi finanziari condivisi con i produttori o con altri aventi causa, che se pure non possono aprioristicamente considerabili come un impedimento ad esprimere giudizi equilibrati, devono comunque a ns. avviso essere resi pubblici con trasparenza a miglior tutela del diritto del cittadino ad un’informazione esaustiva;
- h) riaffermare con forza il diritto della completa libertà di scelta terapeutica per la famiglia a favore del bambino, non potendosi intendere l’indisponibilità a sottoporre il minore a terapie a base di psicofarmaci come un mancato assolvimento ai propri obblighi di tutela della salute del minore stesso;
- i) intervenire nelle forme più opportune affinché i modelli di comportamento degli specialisti non risultino uniformati e “viziati” da un punto di vista univoco, quale quello attualmente presentato, ma al contrario possano variare a seconda di cosa ognuno di essi ritenga professionalmente più sensato e di ciò che appare più consono alle necessità dei singoli pazienti;
- j) per garantire l’implementazione dei principi sopra esposti, ed al fine di coinvolgere appieno le forze attive del paese in processi così delicati quali quelli in discussione, attivare con sollecitudine presso il Suo Ministero un tavolo permanente di confronto ed approfondimento, anche al fine di fornire alla cittadinanza un segnale chiaro della Sua volontà politica di evitare il ripetersi in Italia di abusi e leggerezze quali quelle registrate ampiamente in altre nazioni del mondo.

Ricordiamo in conclusione il punto di vista espresso nel Consensus Torino 2005, il documento scientifico su queste tematiche che ha ottenuto in assoluto la maggior quantità di sottoscrizioni individuali e collettive: “...negli ultimi anni sono comparse, sempre più numerose, ricerche che individuano correlazioni di varia natura con l'ADHD. Si tratta di patologie fisiche, reazioni a terapie mediche, condizioni ambientali di vario tipo e di gravidanza sfavorevoli, psicopatologie, in grado di mimare la sintomatologia dell'ADHD raggiungendo i medesimi criteri diagnostici. La nosografia ADHD ha di fatto l'effetto di depistare i medici che omettono di indagare queste cause, con un danno potenzialmente rilevante per la salute del minore. Non possiamo dimenticare che studiare e stare fermi ed attenti a scuola sono condizioni che richiedono a tutti i bambini un sacrificio che viene diversamente assolto in armonia con la curva di Gauss, e che le variabili che possono spiegare tali variazioni sono

Comitato “GiuleManidaiBambini”® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
Piemonte

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



talmente numerose che per ora non siamo in grado di valutarle ed esprimere giudizi clinici. Tutte queste correlazioni che sono emerse possono essere reinterpretate come cause? Possiamo ipotizzare che la sintomatologia ADHD sia in realtà una costellazione aspecifica di sintomi, indicatori di un disagio della persona che rimandano alle più svariate cause? Possiamo abolire la nosografia ADHD con il suo fardello ideologico così come anni fa si fece con l'omosessualità (originariamente, come a tutti noto, classificata come malattia mentale al pari dell' ADHD)? Questa è la vera sfida che abbiamo di fronte, una ipotesi che merita tutta l'attenzione scientifica di cui siamo capaci, un diverso modo di fare sperimentazione, ed un approccio eticamente diverso all'utilizzo degli psicofarmaci su bambini ed adolescenti, che dovrebbe essere ispirato alla massima cautela e come ultima risorsa in casi estremi, al fine di prevenire e contenere i possibili rischi di abuso su larga scala, in più occasioni documentati sia nella letteratura scientifica che da autorevoli fonti di informazione". La risposta alle domande sollevate nel brano citato, da parte nostra, è evidentemente positiva, perché sulla base degli attuali criteri della scienza medica l'ADHD non può che apparirci come una sintomatologia, senza una chiara anatomia patologica, senza la prova oltre ogni ragionevole dubbio di una specifica alterazione, senza esami di laboratorio con sensibilità sufficiente a poter distinguere con chiarezza i "sani" dai "malati". Tale sintomatologia può quindi essere la conseguenza di una quantità infinita di circostanze che possono essere poste in relazione con problemi didattici, relazionali, con svariate malattie organiche e quant' altro evidenziato in questa nostra relazione. Ricordiamo anche come la carenza di attenzione sostenuta e delle funzioni esecutive, l'impulsività e l'iperattività, contrariamente a quanto viene affermato dai diversi Vs. consulenti, sono sintomi che non caratterizzano il Disordine di Attenzione e/o Iperattività, in quanto essi sono presenti in numerosissime patologie tanto psichiatriche che fisiche. Molte patologie hanno tassi di comorbilità talmente alti che rendono l'ADHD una patologia senza contenuti semiologici specifici che la possano caratterizzare. A titolo esemplificativo, riportiamo i dati certificati da alcune ricerche scientifiche che indicano i seguenti dati sui tassi di comorbilità: Corea di Sydenham 30,4%; diabete 31%; epilessia 77%; lesioni cerebrali 38,23%; meningite tubercolare 100%; otite media 94%; disordini del sonno da rinite allergica 80%; disordini della tiroide 68,7%; neurofibromatosi di tipo uno 38%, problemi visivi 15%; uso materno in gravidanza di sostanze psicotrope quali caffeina 60%, nicotina 25%, alcol 41%; abusi sessuali 13,6%; disabilità di apprendimento 94%; disordini pervasivi dello sviluppo 85%; dinamiche familiari sfavorevoli 40%; mania infantile 99,33%; tics 59%; alimentazione scorretta 60%; carenza di bioelementi quali Zinco 100%, Magnesio 95%, Ferro 84%; coloranti alimentari sintetici 75%. Quindi, **l'approccio semplicistico** che classifica tutte queste variabili in un'unica patologia appare non solo "ascientifico", ma accademicamente alquanto bizzarro ed anche potenzialmente pericoloso, poiché il rischio è quello di negare ai minori coinvolti la possibilità di un reale aiuto per il superamento dei propri disagi.

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

“GIU’ LE MANI DAI BAMBINI”®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Pur permanendo a ns. avviso gravi criticità nell’attuale panorama nazionale circa i temi affrontati in questa nostra lettera, la inviamo alla Vs. attenzione con spirito di collaborazione. Diversi tra i Vostri consulenti dichiarano che “mettere in discussione le pratiche attuali di diagnosi e trattamento dell’ADHD è come dichiarare che la terra è piatta”. E’ **per lo meno discutibile** che degli accademici desiderino chiudere definitivamente e prematuramente il dibattito, in quanto le prove sopra richiamate dimostrano che il dibattito è ben lontano dall’essere concluso. Per quanto alcune delle divergenze tra le nostre due prospettive siano notevoli, confrontarci con i Vostri punti di vista ci ha spinto ad una riflessione approfondita, nell’intento di esporVi con chiarezza la nostra posizione, e di questo Vi siamo comunque grati.

Nell’attesa di un cortese riscontro, e nella speranza di un eventuale incontro al fine di procedere ai necessari approfondimenti, Vi salutiamo molto distintamente.

Per il Comitato “Giù le Mani dai Bambini”®,
il Portavoce Nazionale, Luca Poma

QuickTime™ e un
decompressore TIFF (LZW)
sono necessari per visualizzare quest'immagine.

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

Questo documento è stato sottoposto all'analisi del nostro Comitato Scientifico permanente, composto - all'atto della pubblicazione - da:

Giorgio Antonucci

Presidente Onorario del Comitato Scientifico
Medico, Psicoanalista, già collaboratore del Prof. Basaglia e direttore di centri di igiene mentale, è il decano della psicoanalisi in Italia

Claudio Ajmone

Psicologo Psicoterapeuta, Presidente dell'Osservatorio Italiano Salute Mentale, socio Onorario dell'Associazione Europea di Psicanalisi

Anna Anglani

Medico, Primario di NeuroPsichiatria Infantile e docente di corsi di formazione psicodinamica per psichiatri, neuropsichiatri infantili e psicologi, responsabile scientifico dell'attuazione del Progetto Sperimentale sulla Salute Mentale della Regione Toscana, direttore sanitario del Centro Terapeutico Riabilitativo Funzionale per l'Autismo di Pistoia, è esperta - tra gli altri temi - di lotta contro l'esclusione scolastica e contro le barriere sociali per i bambini svantaggiati. Si è occupata in varie sedi - anche nazionali - del problema dell'ADHD.

Silvia Barbieri

Professore Ordinario di Psicologia dello Sviluppo presso l'Università di Trieste, esperta - tra gli altri temi - in sviluppo cognitivo dell'infanzia

Marco Bertali

Medico, specialista in Psichiatria, Psicologo e Psicoterapeuta, dirigente di Psichiatria presso il Dipartimento Salute Mentale di Gorizia e delegato dallo stesso dipartimento per i programmi di promozione della salute nelle scuole. E' esperto - tra gli altri temi - di psicosintesi, programmazione neuro-linguistica e logoterapia. Autore di diversi libri e pubblicazioni e relatore in convegni, seminari e conferenze, è membro dell'Associazione Europea di Psicologia Transpersonale e membro del Comitato scientifico dell'Istituto Pranic Healing Italia.

Federico Bianchi di Castelbianco

Psicologo e psicoterapeuta dell'età evolutiva, svolge dal 1970 un'intensissima attività clinica assistendo migliaia di minori sofferenti di disagi del comportamento. Membro della Commissione Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, è docente in numerosi corsi di perfezionamento e di specializzazione scolastici ed universitari, in Italia ed all'estero, ed è esperto - tra gli altri temi - in psicopedagogia dell'infanzia e disturbi dell'apprendimento dei bambini.

Franco Blezza

Pedagogista, Professore Ordinario di Pedagogia Generale presso l'Università di Chieti, esperto - tra gli altri temi - di metodologia didattica delle scienze integrate applicata alla genitorialità ed all'infanzia

Marcello Buiatti

Professore Ordinario di Genetica presso l'Università di Firenze, membro di numerose società scientifiche, coordinatore di innumerevoli progetti di ricerca, ed esperto - tra gli altri temi - di analisi genetica e molecolare dei processi dinamici della vita e di studio dei geni chiave per lo sviluppo del cervello e dei geni coinvolti in malattie degenerative



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO www.giovanialcentro.org



F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



Carlo Caltagirone

NeuroPsichiatra, Professore Ordinario di Neurologia presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Direttore Scientifico dell'IRCCS "Fondazione S. Lucia" di Roma, esperto - tra gli altri temi - nella definizione dei disturbi cognitivi e comportamentali



Luigi Cancrini

Psichiatra, Fondatore della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale, Direttore Scientifico del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale (Roma)



Gian Vittorio Caprara

Membro della Società Italiana di Terapia e Comportamentale e Cognitiva, dell'American Psychological Association, dell'Associazione Europea di Psicologia Sociale Sperimentale, dell'Associazione Europea di Psicologia della Personalità, dell'Associazione Italiana di Scienze Sociali e Politiche, già Direttore dell'istituto di Psicologia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e Direttore del Dipartimento di Psicologia della stessa Università, nonché Professore di Psicologia presso l'Università del Michigan, l'Università della California e l'Università di Stanford



Luigi Caramiello

Professore di Sociologia Generale presso la Facoltà di Medicina dell'Università "Federico II" di Napoli, è anche professore di Sociologia dell'Arte e della Letteratura e di Teorie e culture della complessità sociale, nella Facoltà di Sociologia della stessa università. Autore di diversi libri e di numerosi saggi e articoli scientifici, ha diretto vari progetti di ricerca, è stato relatore ad oltre cento convegni scientifici, ed ha scritto più di duecento articoli per "Il Corriere della Sera", "Il Giornale di Napoli", "Il Mattino" ed altri quotidiani e periodici. E' esperto - tra gli altri temi - di sociologia delle comunicazioni di massa, di gioventù a rischio e di tutela della classi deboli.



William B. Carey

Medico pediatra, Professore di Pediatria Clinica all'Università della Pennsylvania (USA), Primario, Direttore della sezione di Pediatria Comportamentale dell'Ospedale Infantile di Philadelphia, membro dell'Istituto di Medicina dell'Accademia Nazionale delle Scienze, membro della Società Pediatrica Americana, esperto - tra gli altri temi - di pediatria comportamentale, aspetti clinici del comportamento dei minori e valutazione pediatrica dello stile e dell'adattamento comportamentale dei bambini



Elia Roberto Cestari

Medico, specializzato in programmi di prevenzione degli abusi in ambito psichiatrico



A.S.O. San Giovanni Battista

Emilia Costa

Psichiatra, titolare della 1° Cattedra di Psichiatria dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Primario di Psicologia Clinica e Psicofarmacologia del Policlinico Umberto I di Roma, esperta - tra gli altri temi - di metodologia psichiatrica, psichiatria sociale, psicopatologia di genere e psiconeuroimmunologia, fondatrice dell'Associazione Italiana di Medicina Psicosociale, autrice di oltre 300 pubblicazioni, libri e monografie, collabora con riviste ed università Italiane ed estere



Piero Crispiani

Pedagogista, Professore Ordinario di Pedagogia Speciale all'Università di Macerata, Professore di Pedagogia Clinica all'Università di Campobasso, Presidente della



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

Federazione Italiana Pedagogisti, esperto - tra gli altri temi - in disturbi dell'apprendimento



Erminio Gius

Professore ordinario e titolare della 1° cattedra di Psicologia Sociale presso l'Università degli Studi di Padova, già professore alla Georgetown University (Washington), alla Boston University ed alla Melbourne University (Australia), collaboratore - tra le altre - dell'Università di Harvard, della Philadelphia University, della Barcellona University e della Università de Lyon, è esperto - tra gli altri temi - di problemi etici della scienza e di scienze cognitive.



Antonio de Lillo

Professore Ordinario di Sociologia Generale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, della quale ha contribuito alla fondazione, Presidente dell'Istituto IARD, ed esperto - tra gli altri temi - del mutamento della condizione giovanile in Italia.



Paolo Migone

E' Medico specializzato in Psichiatria in Italia ed in USA. Dopo un training in Psichiatria Infantile in USA, ha lavorato quattro anni al New York Medical College, è stato nominato "board eligible in Psychiatry and Neurology", fellow dell'American Academy of Psychoanalysis e membro del Rapaport-Klein Study Group. In Italia ha insegnato alle Università di Bologna, Parma, San Raffaele di Milano e Aosta. Fondatore della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research, è nel direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio dei Disturbi della Personalità. Direttore responsabile della rivista Psicoterapia e Scienze Umane, è autore di circa 300 pubblicazioni e formatore nei servizi psichiatrici di varie AUSL italiane.



Enrico Nonnis

Neuropsichiatra Infantile, lavora a Roma come Responsabile di Unità Operativa dell'Area della Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva



Margherita Orsolini

Professore Ordinario di Psicologia dello sviluppo presso la Facoltà di Psicologia 2 dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", curatrice di numerosissime pubblicazioni e relatrice in svariati congressi scientifici internazionali, è esperta - tra gli altri temi - di processi linguistici e cognitivi dell'infanzia, valutazione ed intervento nei disturbi dell'apprendimento dei bambini e consulenza psicologica e pedagogica per la scuola (vedi nota in calce al questo elenco)



Ermanno Paoletti

Psichiatra, Presidente Società Italiana Psichiatria Olistica, esperto - tra gli altri temi - di medicina funzionale e bioelettronica



Luigi Pedrabissi

Psico-pedagogo, Luigi Pedrabissi - già Professore di Psicologia Generale presso la Scuola di Specializzazione dell'Università degli Studi di Milano - è ora Professore Ordinario di Teorie e Tecniche dei Test presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova, esperto - tra gli altri temi - di psicologia dell'educazione e di metodologia delle scienze del comportamento, con particolare riguardo al mondo dell'infanzia



Paolo Roberti di Sarsina

Psichiatra e Psicoterapeuta, Coordinatore del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia, Dirigente Medico di



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

Psichiatria, membro del Research Council for Complementary Medicine (Londra), referente per l'Italia dell' EURICAM - European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine (Vienna)



Nico Maria Sciolla

Pediatra, Segretario Provinciale Federazione Italiana Medici Pediatri e Segretario Regionale Società Italiana di Pediatria



Graziella Fava Vizziello

Primario e Dirigente Sanitario di servizi di Neuropsichiatria Infantile, Psichiatra e Psicoterapeuta, già Professore presso la Cornell University di New York, l'Università di Paris 7 e di l'Università di Paris-Nanterre, ora Professore Ordinario di Psicopatologia dello Sviluppo presso l'Università agli Studi di Padova, Presidente della sezione italiana dell'Associazione Mondiale di Igiene Mentale Infantile ed esperta - tra gli altri temi - di psicopatologia dell'età evolutiva, genitorialità e sviluppo dei figli



Roberto Zonta

Psicologo Psicoterapeuta, membro dell'Accademia Europea Interdisciplinare delle Scienze di Parigi, esperto - tra gli altri temi - in problematiche dell'età dello sviluppo e ruolo educativo di genitori ed insegnanti (relatore ad oltre 4.000 conferenze)



NB: a testimonianza del positivo clima di confronto esistente tra i nostri specialisti, il membro del comitato scientifico permanente Prof. Margherita Orsolini ha richiesto un'ulteriore revisione di questo documento, al fine di migliorarlo approfondendo i seguenti importanti aspetti:

- *indicare eventuali ulteriori conclusioni – frutto del libero confronto tra le diverse figure professionali interessate – tali da mettere in discussione l'idea semplicistica che il problema dell'iperattività, e dei disturbi del comportamento dell'infanzia in generale, si risolvano solo fornendo qualche sostanza della quale il cervello dei bambini sarebbe carente;*

- *approfondire il concetto che l'ADHD è un'etichetta applicata ad un insieme di sintomi. Come per molti altri sintomi propri delle difficoltà evolutive, spiegarne l'origine individuando un unico fattore causale di natura neurobiologica appare come estremamente riduttivo. Il comportamento umano è infatti il risultato complesso di una serie di fattori: tra questi, ci sono senz'altro dei fattori di rischio di natura biologica (ad esempio, la relativamente scarsa presenza di dopamina in certe aree cerebrali). L'azione di fattori di rischio viene però modulata anche da fattori di protezione che sono di natura sia individuale (p. es. il temperamento del bambino) sia ambientale (p. es. la relazione affettiva con i genitori, la qualità dell'ambiente educativo, etc). Questo modello "sistemico" (che adotta il concetto della complessità del comportamento umano, una complessità almeno analoga a quella dei fenomeni meteorologici, fenomeni per cui nessuno utilizzerebbe più un semplice modello deterministico causa-effetto) permette da una parte di riconoscere che possono esserci fattori neurobiologici che predispongono al rischio di ADHD e dall'altra di non considerare questi fattori come gli unici determinanti del problema o come fattori che "hanno l'ultima parola";*

- *approfondire ulteriormente i risultati di quelle ricerche che hanno individuato in vari ambiti del comportamento umano dei fattori neurobiologici di predisposizione al*



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatri REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO www.giovanialcentro.org



F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



rischio. Riconoscere l'esistenza di questi fattori non vuol dire affermare che il problema si possa affrontare o risolvere con sostenze chimiche. Sapere che c'è una predisposizione al rischio potrebbe aiutarci a strutturare interventi di prevenzione di natura educativa e affettiva. E sapere che in molti casi di bambini iperattivi ci sono anche famiglie che vivono conflittualità e stress, e scuole che non riescono a creare forti motivazioni ad apprendere o forti sentimenti di appartenenza ad una comunità, può aiutarci a comprendere che l'intervento sul bambino non può prescindere da un intervento sulla famiglia e sulla scuola. Con ciò, non si tratta né di escludere a priori fattori neurobiologici, né di individuare colpe ambientali, bensì la strada è quella di affrontare il problema nella sua complessità;

- approfondire le modalità d'intervento mediante quelle terapie fondate sull'apprendimento (p. es. apprendere a regolare l'attenzione) che inducono cambiamenti nel cervello, in maniera più sana e forse più efficace di una terapia farmacologica (si veda anche <http://www.teach-the-brain.org>, dove c'è addirittura un software scaricabile gratuitamente che è stato utilizzato per migliorare il livello d'attenzione nei bambini, la cui efficacia è stata documentata da ricerche). I cambiamenti indotti da terapie fondate sul gioco, sulla riflessione, sull'apprendere a regolare il proprio comportamento, sono infatti anche di natura biologica;

- confrontarsi su cosa significhi esattamente fare prevenzione. Non significa necessariamente o solo schedare i bambini sulla base del loro comportamento, appropriato o meno, ma significa anche valutare l'opportunità di promuovere campagne di sensibilizzazione (delle famiglie) e attività di formazione (degli insegnanti) per evitare modalità di interazione adulto-bambino che potrebbero aggravare un'eventuale predisposizione all'iperattività o disattenzione (p. es. scarsa presenza di regole e scarso apprendimento dell'autoregolazione delle emozioni, incapacità di comunicare fiducia e stima al bambino, scarso valore dato al discutere dei motivi per cui si agisce in un modo o nell'altro, scarsa presenza di motivanti e coinvolgenti attività d'apprendimento, etc).

Copyright © Comitato "Giu le Mani dai Bambini", novembre 2006 – Tutti i diritti riservati – La riproduzione totale del documento è consentita - a fini non commerciali - senza necessità di specifica autorizzazione purchè venga citata la fonte. La riproduzione parziale dev'essere di volta in volta autorizzata, in virtù della delicatezza dei temi trattati, al fine di evitare citazioni erranee o fuori contesto. Gli autori si scusano per eventuali citazioni di opere di terzi non richiamate in bibliografia, e restano in qualunque momento disponibili a provvedere con sollecitudine alle necessarie integrazioni.

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanicentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Referenze:

- Alexander, F. (1984). Psychological aspects of medicine. *Advances*, 1: 53-60
- Armstrong, T. (1997). *The myth of the ADHD child*. New York: Plume Books.
- Ajmone, C. (2006) *New data-base on ADHD*, by Osservatorio Italiano Salute Mentale (OISM - Italian Observatory on Mental Health)
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit-hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford
- Battle, E.S. & Lacy, B. (1972). A context for hyperactivity in children, over time. *Child Development*, 43, 757-773
- Baumeister, A. & Hawkins, M. (2001). Incoherence of neuroimaging studies of attention deficit/hyperactivity disorder, *Clinical neuropharmacology*, 24:1, 2-10.
- Biederman, J., Munir, K, Knee, D, Habelow, W., Armentano, M, Autor, S, Hoge, S.K., & Waternaux, C. (1986). A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. *Journal of Psychiatric Research*, 20, 263-274
- Biederman et al. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 728-738
- Bolanos C., Barrot M., Berton O, Wallace Black D., Nestler E. et altri, Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze dell'Università del Texas Bretherton, I (1995). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.). Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Cameron, J. R. (1977). Parental treatment, children's temperament, and the risk of childhood behavioral problems: I. Relationships between parental characteristics and changes in children's temperament over time. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 568-576
- Campbell, S. B. (1990). *Behavior Problems in Preschoolers: Clinical and Developmental Issues*. New York: Guilford Press
- Caplan, P. (1996). *They say you're crazy: How the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*. Cambridge, MA: Perseus.
- Carey, W. (1998, November 16-18). Is ADHD a valid disorder? Invited address to the National Institute of Health, Consensus Conference on ADHD. Available from William Carey, MD, 511 Walnut Lane Swarthmore, PA 19081-1140.
- Chase, Brown, Carrey e Wilkinson, Dipartimento di Fisiologia e Biopsichiatria dell'Università di Halifax (Canada)
- Commoner, B. (2002). Unraveling the DNA myth: The spurious foundation of genetic engineering. *Harper's*, 304, 39-47
- Consensus "GiuleManidaiBambini"®, "Internationa Consensus: ADHD and Abuse in the Prescription of Psychopharmaceutical Drugs to Minors", January 2005, redatto dal comitato scientifico permanente del Comitato "GiuleManidaiBambini"®, coordinamento a cura del prof. Claudio Ajmone, ref. http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/consensus_it.html, oppure per la lingua inglese http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/consensus_en.html

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



Crittenden, P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.) Hillsdale, NJ: The Analytic Press

Deutsch, C.K., Swanson, J.M., Bruell, J.H., Cantwell, D.V. (1982). Over-representation of adoptees in children with attention deficit disorder. *Behavioral Genetics*, 12, 231-238

Edelbrock et al. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 775-786

Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Books.

Frolich, Dopfner, Berner e Lehmkuhl, Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie

Galves A., Walker D, Cohen D, Duncan B., Dunlap M., Friedman H., Greening T., Johnson T. B. Karon B. P., Schneider K. J., Simon L., Slicen R. J., "Debunking the Science behind ADHD ad a Brain Disorder", traduzione a cura della redazione di "GiuleManidaiBambini, 2005

Gatto, J.T. (2001). *The Underground History of American Education*. Oxford, NY: Oxford Village Press

Gillis et. Al. (1992). Attention-deficit disorder in reading disabled twins: Evidence for a genetic etiology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 303-315

Goldberg, S., Muir, R. & Kerr, J. (Eds.)(1995). *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press

Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Managing attention deficit-hyperactivity disorder in children: A guide to practitioners*. New York: John Wiley & Sons

Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity – II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(5), 691-709

Henderson e Fischer, *The American Journal of Cardiovascular Pathology*, USA, 2003

Herman, J. (2000). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books

Holmes, J. (1995). "Something there is that doesn't love a wall:" John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.). Hillsdale, NJ The Analytic Press

Holt, J. (2000). *How Children Fail*. New York: Perseus Books

Hubbard, R & Wald, E. (1993). *Exploding The Gene Myth*. Boston: Beacon Press

Jensen, J. Cardello, F. & Baun, M (1996). Avian companionship in alleviation of depression, loneliness and low morale in older adults in skilled rehabilitation units. *Psychological Reports*, 78, 339-348

Johnson, S.L. & Roberts, J.F. (1995). Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories. *Psychological Bulletin*, 117(3), 434-449

Joseph, J. (2003). *The Gene Illusion: Genetic Research in Psychiatry and Psychology Under The Microscope*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO www.giovanialcentro.org



F.I.PED Federazione Italiana Pedagogisti



Khan A., Leventhal, R. M., Khan, S. R., & Brown, W. A. (2002). Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 40-45.

Kohn, A. (2000). *Schools Our Children Deserve: Moving Beyond Traditional Classrooms and "Tougher Standards."* New York: Houghton Mifflin

Kolb B. et altri, Università di Lethbridge (Canada), Robinson T., Università del Michigan (USA), ricerca finanziata dal National Institute on Drug Abuse (USA)

Kramer, P.D. *Listening to Prozac*. New York: Penguin

Kreger, D.W. (1995). Self-esteem, stress and depression among graduate students. *Psychological Reports*, 76, 345-346

Lambert, N.M. (1982). Temperament profiles of hyperactive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 458-467

Lambert Nadine e Hartsough Carlyne, *Journal of Learning Disabilities*

Lambert, N.M. & Hartsough, C.S. (1984) Contribution of predispositional factors to the diagnosis of hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54 97-109

Lehmickie, N & Hicks, R. (1995). Relationship of response-set differences in Beck Depression Inventory among undergraduate students. *Psychological Reports*, 76, 15-21

Leo, J.T. & Cohen, D. (2002). Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging research. *The Journal of Mind and Behavior*, 24, 29-56

Leonard, G. (1987). *Education and Ecstasy*. Berkeley: North Atlantic Books

Leuchter AF, Cook IA, Witte EA, et al.: Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:122-129.

Lewis, T. Amini, F & Lannon, R. (2000). *A General Theory of Love*. New York: Random House

Montiel Nava, Pena, Espina Marines, Ferrer-Hernandez, LopezRubio, Puertas Sanchez e Cardozo Duran, Università di Maracaibo (Venezuela)

Moll, Hause, Ruther, Rothenberger ed Huether, del Dipartimento di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Gottingen (Germania)

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)

McCutcheon, L. (1995) Further validation of the Self-defeating Personality Scale. *Psychological Reports*, 76, 1135-1138

Patterson, G.R. (1982) *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia

Pauls, D.L. (1991). Genetic factors in the expression of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Pharmacology*, 1, 353-360

Pennebaker, J.W. (2000). The effects of traumatic disclosure on physical and mental health; The values of writing and talking about upsetting events. In *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. J. Volanti & D. Paton (Eds.)

Peterson B. S.: "Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders" (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34)

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



- Rappaport, J. (2003). Cornell improves the brain. *Stratiawire.com*, February, 2003
- Robin, A.L., Kraus, D, Koepke, T. & Robin, R.A. (1987). *Growing up hyperactive in single versus two-parent families*. Paper presented at the 95th annual convention of the American Psychological Association, New York
- Rosenzweig, M.R., Bennett, E.L. & Diamond, M.C. (1972). Brain changes in response to experience. *Learning and Memory*, 8: 294-300
- Ross, D.M. & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and theory* (2nd Ed. New York: Wiley & Sons
- 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) Safer, D.J. (1973). A familiar factor in minimal brain dysfunction. *Behavioral Genetics*, 3, 175-186
- Sami Timimi and 33 coendorsers, *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 7, No. 1, March 2004, "A Critique of the International Consensus Statement on ADHD"
- Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaker causality. In *Review of Child Development Research*, Vol. 4. F. B. Horowitz (Ed). Chicago: University of Chicago Press
- Schwartz, J.M., Stoessel, P.W., Baxter, L.R., Karon, M. et.al. (1996) Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53(2): 109-113
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman
- Selye, H. (1974). *Stress Without Distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott
- Sherman, D.K., Iacono, W.G. & McGue, M.K. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 745-753
- Thomas A. & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner-Mazel
- van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisath, L (Eds) (1996). *Traumatic Stress*. New York: Guilford
- Willerman, L. (1973). Activity level and hyperactivity in twins. *Child Development*, 44, 388-293
- 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)

fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanicentro.org

CHILD

F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro
fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305
info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



=ALLEGATO A=

(Effetti collaterali del metilfenidato come indicati dal produttore)



Il "Foglio illustrativo" ed il "Riassunto delle caratteristiche del prodotto" del farmaco Ritalin® - che è solo uno dei prodotti a base di metilfenidato presenti in commercio - indicano i seguenti effetti collaterali (nota: quelli evidenziati in grassetto compaiono anche sul Modulo di Consenso Informato dell'ISS) :



1. **nervosismo**



2. **insonnia**



3. **riduzione appetito**



4. **cefalee**



5. sonnolenza



6. **vertigini**



7. discinesia



8. difficoltà dell'accomodamento e visione sfocata



9. iperattività



10. convulsioni



11. crampi muscolari



12. movimento coreo-atetotico

13. **tic o esacerbazione della sintomatologia in pazienti già affetti da tic**

14. sindrome di Gilles de la Tourette

15. **psicosi tossica accompagnata talvolta da allucinazioni visive e tattili**

16. **stato depressivo passeggero**

17. arterite cerebrale e/o occlusione cerebrale

18. sindrome maligna da neurolettici

19. **dolori addominali**

20. nausea e vomito

21. secchezza delle fauci

22. disturbi della funzione epatica fino al coma epatico

23. tachicardia

Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



in collaborazione con
LA STAMPA

Principali Enti promotori:



24. palpitazioni
25. aritmia
26. variazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca
27. rash cutaneo
28. eruzioni cutanee
29. pruriti orticarie
30. febbre
31. artalgie
32. alopecia (in testa)
33. porpora trombocitopenica
34. dermatite esfoliante
35. eritema polimorfo
36. leucopenia
37. trombopenia
38. anemia
39. angina pectoris
40. **riduzione della crescita in altezza**
41. **riduzione della crescita del peso corporeo**

Le ricerche scientifiche pubblicate nella sezione Ricerca Scientifica del portale www.giulemanidaibambini.org riportano inoltre questi ulteriori effetti collaterali/effetti indesiderati/rischi nella somministrazione, che a nostro avviso – nel rispetto dell’approccio prudentiale che l’Ente pubblico dovrebbe adottare a migliore tutela del cittadino, dovrebbero altresì essere riportati nel modulo di consenso informato da consegnare alle famiglie:

1. aberrazioni cromosomiche con rischi tumorali
2. inibizione del sistema CYP450
3. tumore al fegato
4. ipertrofia epatocellulare
5. aumento del peso del fegato
6. degenerazione e necrosi dell'epitelio del tubulo renale
7. attenuazione della gene-espressione (c-fos) nel cervello



Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro
fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305
info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



8. alterazione memoria di riconoscimento
9. riduzione riflesso di esplorazione
10. disfunzione dell'elaborazione dell'informazione simile a quello dei pazienti schizofrenici
11. riduzione dell'interesse verso le ricompense
12. aumento della sensibilità per situazioni avverse
13. colpo apoplettico
14. danni alle strutture e ultrastrutture miocardiali
15. effetti intropici sui muscoli papillari ferret
16. cambiamenti duraturi nello sviluppo del sistema dopaminergico centrale
17. inibizione/concentrazione dell'efflusso calcio-attivato del potassio dei globuli rossi
18. comportamenti ossessivi-compulsivi
19. ipomania e mania
20. apatia
21. ritiro sociale
22. docilità
23. dipendenza dal farmaco e rebound
24. decesso
25. stereotipia
26. acinesia
27. mutismo
28. priapismo connesso al ritiro da sostenuto rilascio di metilfenidato
29. profonda depressione d'attività dell'enzima galattosiltransferasi e dello xiloso
30. atrofia cerebrale
31. riduzione del flusso sanguigno nella regione cerebrale
32. dipendenza
33. variazioni del livello del magnesio e del rapporto calcio-magnesio nel plasma
34. infiammazione dello scroto
35. ipertensione
36. dolore toracico
37. arresto cardiaco
38. agitazione

fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI al CENTRO
www.giovanialcentro.org

SO CHILD

F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



COMITATO PERMANENTE
PER IL CONSENSUS
SULLE MEDICINE
NON CONVENZIONALI

Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro
fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305
info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI®"

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



39. irritabilità
40. ostilità
41. aggressività
42. sensibilità emozionale
43. pianto facile
44. ridotta vigilanza
45. confusione
46. deterioramento mentale (cognitivo e nell'apprendimento)
47. zombi simile (comportamento robotico)
48. comportamento con perdita di spontaneità emotiva
49. anoressia
50. alterazioni nel senso del gusto/gusto cattivo
51. stitichezza
52. diarrea
53. disfunzione pituitaria, incluso la distruzione dell'ormone della crescita e prolattina
54. soppressione della crescita
55. disfunzioni sessuali
56. mal di testa
57. ipersensibilità all'esantema
58. congiuntivite
59. orticaria

Comitato "GiuleManidaiBambini®" ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

=ALLEGATO B=

Fattori che possono "mimare" l'ADHD, concause e patologie correlate

(a cura della sezione Ricerca Scientifica di "Giù le Mani dai Bambini"®,
coordinata dal prof. Claudio Ajmone)

A - Problematiche Psicologiche

1. Abusi sessuali e fisici
2. Bambini prodigio
3. Bambini viziati
4. Bambini indisciplinati
5. Bulimia
6. Depressione
7. Disturbo Oppositivo-provocatorio
8. Disturbi dell'Adattamento con sintomi di Disturbo della condotta
9. Disturbo della Condotta
10. Disturbi dell'Umore
11. Disturbi d'ansia
12. Disturbo ossessivo compulsivo
13. Disabilità di Apprendimento
14. Disturbi specifici dell'apprendimento
15. Disturbo pervasivo dello sviluppo
16. Enuresi
17. Encopresi
18. Gioco d'azzardo
19. Problemi situazionali, ambientali, familiari, scolastici, qualità della vita

Psicosi:

20. Dissociativi
21. Disturbo bipolare
22. Disturbi di personalità
23. Mania
24. Schizofrenia
-
25. Ritardo mentale
26. Sindrome di Gilles de la Tourette
27. Tics

B - Patologie Mediche

28. Accesso subclinico post traumatico
29. akatisia
30. Allergie
31. Anemia



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "Giù le Mani dai Bambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



32. Ascessi del Lobo frontale
33. Candida Albicans
34. Cardiaci (malattie e disfunzioni)
35. Chemioterapia per il cancro
36. Cisti cerebrali
37. Corea
38. Diabete precoce
39. Epilessia
40. Ferite e danni alla testa
- Genetiche:**
41. Deficienza della CoA-transferasi dei 3-oxoacidi
42. Disordine primario di vigilanza (sindrome di Weinberg)
43. Distrofia miotonica congenita o giovanile
44. Emofilia
45. Fenilketonuria
46. Incrementata attività nucleotidase cellulare
47. Lunghezza del cromosoma Y
48. Malattia celiaca
49. Mosaicismo trisomia 17
50. Sindrome di Dubowitz
51. Sindrome di Down
52. Sindrome di Prader-Willi
53. Sindrome di Rett
54. Sindrrome velo-cardio-facciale
55. Sindrome X fragile
-
56. Inalamento volontario o involontario di sostanze
57. Infezioni virali o batteriche
58. Integrazione sensoriale (disfunzione)
59. Iper/ipotiroidismo
60. Ipoglicemia
61. Lupus con infiammazione del sistema nervoso centrale
62. Metabolici (disordini)
63. Monossido di carbonio (avvelenamento da)
64. Obesità
65. Otite media
66. Parassiti intestinali
67. Parto (complicazioni da)
68. Perinatali (fattori sfavorevoli)
69. Porfiria
70. Prenatali (scarsa salute e malnutrizione della madre, uso di droghe)
71. Problemi spinali
72. Rene (malattia renale cronica)
73. Sindrome delle gambe irrequiete
74. Sonno (disturbi del)

Comitato "GiuleManidaiBambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



75. Streptococco Beta-Emolitico
76. Tossine (esposizione alle)

Tumori:

77. Neoplasie del Lobo frontale
78. Cerebrali incipienti
79. Neuroepiteliale disembrionoplastico
80. Neurofibromatosi tipo 1

-
81. Udito (disordine dei processi centrali auditivi)
 82. Vascolari cerebrali (danni)
 83. Vista (problemi visivi)
 84. Vivacità fisiologica

C - Sostanze psicotrope

85. Acido d-lisergico (LSD)
86. Alcolici
87. Caffaina
88. Cocaina
89. Colle e aerosol (inalazione)
90. Fenilciclidina (PCP)
91. Marijuana
92. Nicotina
93. Eroina

D- Alimentazione

94. Calcio (carenza di)
95. Conservanti alimentari
96. Coloranti sintetici alimentari
97. Dieta errata
98. Ferro (carenza di)
99. Iodio (carenza di)
100. Magnesio ionico (carenza di Mg(2+))
101. Malnutrizione
102. Manganese (alto livello di)
103. Magnesio (carenza di)
104. Omega 3 (carenza di)
105. Rame (carenza di)
106. Vitamine (eccesso di)
107. Vitamina B (carenza di)
108. Zinco (carenza di)

E - Situazioni Sfavorevoli

109. Affaticamento
110. Dolore fisico
111. Fame

Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana
Medici Pediatrici
REGIONE
Piemonte

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



- 112. Movimento (mancanza di esercizio)
- 113. Nuove tecnologie (uso intensivo e/o precoce del computer, videogiochi, TV)

Medicinali (principi attivi)

- 114. Antiallergici da banco che contengono antistaminici o stimolanti
- 115. Sinusite: medicine da banco che contengono antistaminici o stimolanti
- 116. Raffreddore: medicine da banco che contengono antistaminici o stimolanti
- 117. Sonniferi che compromettono la concentrazione e la vigilanza

Antiasmatici

- 118. Ephedrine: (1R,2S)-2-(methylamino)-1-phenylpropan-1-ol
- 119. Pseudoephedrine: (1S,2S)-2-methylamino-1-phenylpropan-1-ol
- 120. Theophylline/methylxanthine: 1,3-dimethyl-7H-purine-2,6-dione
- 121. Antistaminici

Antidepressivi

- 122. Citalopram
- 123. Escitalopram
- 124. Fluoxetina
- 125. Fluvoxamina
- 126. Paroxetina
- 127. Sertralina

Antiepilettici

- 128. Gabapentin
- 129. Carbamazepina
- 130. Fenitoina
- 131. Divalprex Sodio

Antipsicotici

- 132. Clorpromazina
- 133. Tioridazina
- 134. Flufenazina
- 135. Proclorperazina
- 136. Aloperidolo
- 137. Tioxanteni
- 138. Olanzapina
- 139. Quetiapina
- 140. Risperidone

Barbiturici

- 141. Fenobarbital: 5-ethyl-5-phenyl-1,3-diazinane-2,4,6-trione
- 142. Amobarbital: 5-ethyl-5-(3-methylbutyl)-1,3-diazinane-2,4,6-trione
- 143. Butobarbital: 5-sec-Butyl-5-ethylbarbituric acid
- 144. Pentobarbital: 5-Ethyl-5-(1-methylbutyl)-2,4,6(1H,3H,5H)-pyrimidinetrione
- 145. Secobarbital: 5-(1-methylbutyl)-5-prop-2-enyl-hexahydropyrimidine-2,4,6-trione

Stimolanti, inclusi gli stessi farmaci usati per curare l'ADHD

- 146. Desossiefedrina
- 147. Destroamfetamine
- 148. Metilfenidato

Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro

fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305

info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org

"GIU' LE MANI DAI BAMBINI"®

in collaborazione con

LA STAMPA

CAMPAGNA NAZIONALE PER LA DIFESA
DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI BAMBINI



Principali Enti promotori:

149. Pemolina
Tranquillanti minori, sedativi, sonniferi
150. Alprazolam
151. Clonazepam
152. Clordiazepossido
153. Diazepam
154. Flurazepam
155. Lorazepam
156. Triazolam
Stabilizzanti dell'umore
157. Litio carbonato
158. Verapamil
Antibiotici
159. Antibiotici (alcuni)
Steroidi
160. Testosterone (attaccato a vari esteri enantati, cipionato, propinate o sospesi in olio o acqua)
161. Metandrostenolone/ methandienone
162. Nandrolone Decaonato
163. Nandrolone Phenylpropionate
164. Boldenone Undecylenate
165. Stanozolol
166. Ossimetolone
167. Oxandrolone
168. Fluossimesterone
169. Trenbolone
170. Metenolone Enantato
171. 4-chlordehydromethyltestosterone
172. Mesterolone
173. Mibolerone
174. Prednisone/steroid hormones: 17-hydroxy-17-(2-hydroxyacetyl)-10,13-dimethyl-7,8,9,10,12,13,14,15,16,17-decahydro-6H-cyclopenta[a]phenanthrene-3,11-dione

F - Inquinamento Ambientale

175. Alluminio (alti livelli)
176. DDT
177. PCB (policlorobifenili)
178. Piombo (moderati o alti livelli di)
179. Mercurio (alto livello di)

=FINE SCHEDA=



A.S.Q. San Giovanni Battista



fimp Federazione Italiana Medici Pediatrici
REGIONE PIEMONTE

GIOVANI CENTRO
www.giovanialcentro.org



F.I.PED
Federazione Italiana Pedagogisti



Comitato "GiuleManidaibambini"® ONLUS- Casella Postale 589 - 10121 Torino Centro
fax 011/5136631 - pronta reperibilità 338/7478239 - media relation 337/415305
info@giulemanidaibambini.org - www.giulemanidaibambini.org