

Nessuno Tocchi Gianburrasca

**Bambini e Psicofarmaci,
nuova emergenza sanitaria!**
(4^a edizione)



www.giulemanidaiabambini.org

MESSAGGIO AL LETTORE	2
<i>COS'È L'ADHD (sindrome da disattenzione ed iperattività) E QUALI SONO LE TERAPIE PIÙ FREQUENTEMENTE PROPOSTE</i>	4
<i>COSA DICE LA SCIENZA?</i>	8
<i>UN PROBLEMA SPINOSO</i>	15
<i>E IN ITALIA?</i>	18
<i>CENNI SULLA SITUAZIONE INTERNAZIONALE</i>	20
<i>E LE ALTRE PATOLOGIE PSICHIATRICHE DEI BAMBINI?</i>	22
<i>MA ESISTE UN "CONFLITTO DI INTERESSI"?</i>	25
<i>COSA FARE, ALLORA?</i>	28
<i>APPENDICE</i>	35
<i>PER CONCLUDERE...</i>	42
<i>NOTE BIBLIOGRAFICHE</i>	40



“Giù le mani dai bambini” © è il più rappresentativo comitato per la farmacovigilanza per l’età pediatrica in Italia, composto da oltre 200 tra enti pubblici e privati, università, ASL, ospedali, associazioni genitoriali, socio-sanitarie e della società civile. L’omonima campagna informativa – che ha ricevuto la Targa d’Argento del Presidente della Repubblica On. Giorgio Napolitano – si propone di sensibilizzare la cittadinanza su una delicata tematica d’attualità: i sempre più frequenti abusi nella somministrazione di psicofarmaci a bambini ed adolescenti.

Questa pubblicazione descrive la situazione attuale del mercato delle molecole psicoattive in rapporto ai bambini ed agli adolescenti, sollecitando i genitori a maturare un consenso realmente informato su queste delicate tematiche, gli insegnanti a non vedere nella medicalizzazione del disagio una facile scorciatoia dai nuovi problemi pedagogici del XXI° secolo, e – perchè no – gli specialisti ad avere un rapporto prudente ed attento con questi potenti e discussi prodotti farmacologici.

I mass-media nazionali hanno in più occasioni riportato il parere di numerosi addetti ai lavori i quali sostengono la tesi secondo la quale alcune case farmaceutiche starebbero procedendo all’individuazione di nuovi segmenti di mercato per promuovere le vendite di nuovi tipi di prodotti farmaceutici psicoattivi: secondo queste fonti, la fascia d’età dell’infanzia è stata identificata dalle multinazionali del farmaco come un segmento ancora vergine e suscettibile quindi di un forte sviluppo (vedi “Washington Post”, “New York Times”, “L’Espresso”, “Repubblica”, “Il Corriere della Sera”, “Panorama” e altri numerosi articoli di stampa nazionale ed estera raccolti nella sezione “Press Room” del nostro portale www.giulemanidaibambini.org). Il comitato promotore di quest’iniziativa non vuole tuttavia promuovere una “crociata populista” contro l’una o l’altra multinazionale o contro specifici prodotti farmacologici, ne disconoscere a priori l’esistenza di patologie proprie dell’infanzia e dell’adolescenza: unico scopo del progetto è di sensibilizzare la cittadinanza sui rischi di abuso, fornendo gli strumenti per porre il bambino e la sua famiglia al centro dell’attenzione, tutelando così i loro diritti. Diverse ricerche scientifiche indipendenti hanno infatti dimostrato al di là di ogni ragionevole dubbio che esistono terapie pedagogiche, cognitivo-comportamentali e di altra natura – scientificamente testate – degne di essere prese

in seria considerazione per la risoluzione dei disagi dell'infanzia e dell'adolescenza. Numerosi ed accreditati esperti sostengono inoltre prudentemente la tesi secondo la quale, prima di procedere alla massiccia somministrazione di uno psicofarmaco volto a "curare nascondendo i sintomi" senza risolvere il vero problema alla fonte del disagio, sia indispensabile valutare con grande attenzione la situazione clinica e psicologica del bambino nel suo complesso, processo nel quale la figura professionale del pediatra, dello psicologo, del pedagogo e del nutrizionista devono ritrovare un ruolo di grande protagonismo. Lo psicofarmaco in molti casi è invece purtroppo diventato quasi una moda, una "facile soluzione": la pastiglia alla quale delegare con superficialità la risoluzione di qualunque problema, inclusi quelli di carattere squisitamente sociale ed ambientale.

Per questo, Vi invitiamo alla lettura di questa pubblicazione, che vi è pervenuta in distribuzione gratuita grazie al sostegno concreto della Fondazione Del Monte: l'invito - per citare un pediatra Americano di straordinaria umanità e competenza, Bill Carey, Professore di Pediatria Comportamentale e membro dell'Accademia delle Scienze USA - è di non ricercare soluzioni "quik fix", soluzioni facili a problemi complessi. Il bambino è sempre una "complessità", e complessi sono i suoi disagi. Essi vanno sempre presi in carico, ma interrogiamoci con forza sul tipo di risposta che noi adulti siamo disponibili a dare a questi problemi.



*Luca Poma
Giornalista e Portavoce
di Giù le Mani dai Bambini*



COSE' L'ADHD (sindrome da disattenzione ed iperattività) E QUALI SONO LE TERAPIE PIÙ FREQUENTEMENTE PROPOSTE

"Più che nuove forme di malattia mentale nei bambini, ci sono nuove forme di creatività, e parlare di somministrare psicofarmaci ai bambini con questa facilità, non si tratta di altro se non di una forma antidemocratica di repressione"

(Angelo Branduardi, cantautore)



"I questionari che vengono utilizzati per diagnosticare questi disagi dell'infanzia sono altamente soggettivi ed impressionistici. Le differenze d'esperienza, tolleranza e di stato emotivo dell'intervistatore e del bambino intervistato non vengono tenute in alcun conto, e nonostante questa vaghezza, e nonostante il fatto che le scale di valutazione utilizzate non soddisfino i criteri psicometrici di base, i sostenitori di questo approccio pretendono che questi questionari forniscano una diagnosi accurata, ma così non è".

(William Carey, Professore di Pediatria Clinica dell'Università della Pennsylvania, Primario del reparto di Pediatria Comportamentale dell'Ospedale di Philadelphia, membro dell'Accademia Nazionale delle Scienze USA)



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



Le domande (riferite anche a bambini della scuola materna) sono del tipo:

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

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

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

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

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

“Certa” perché “presente con certezza” o “certa” perché “identificabile per intensità e tipo”? E quale menomazione in particolare?

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

Chi può valutarla retrospettivamente a distanza di anni? Ci si basa solo sui ricordi di genitori e insegnanti? Cosa si intende per “normale livello di sviluppo”? Esiste una soglia per la “normale” impulsività? Quanto è disattento un soggetto considerato “nella norma”?

A queste e ad altre simili domande non viene normalmente fornita un'adeguata risposta. Ovvio quindi che i fattori della soluzione psicofarmacologica siano sempre più frequentemente accusati di imperdonabile superficialità nelle diagnosi, tanto più in considerazione dell'estrema delicatezza della fascia d'età sulla quale tali diagnosi insistono. Desta inoltre stupore che i criteri diagnostici siano sempre i medesimi, a prescindere dall'età dei soggetti diagnosticati. Il dott. prof. William Carey, laureato all'Università di Harvard e Clinical Professor di Pediatria presso l'Università della Pennsylvania, esperto riconosciuto a livello internazionale nella misurazione delle variazioni di temperamento dell'infanzia, afferma senza alcun dubbio che “il corrente sistema diagnostico ignora il ruolo dell'ambiente ed ignora anche ogni prospettiva evolutiva.



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

La "malattia" (ADHD) si è quindi "diffusa" come un'epidemia. Nei soli USA i bambini etichettati come malati erano 150.000 nel 1970, mezzo milione nel 1985, un milione nel 1990, oltre 8 milioni ad inizi 2003 e circa 11 milioni oggi: il 18-20% dell'intera popolazione infantile scolastica di quella nazione pare soffrire di questa "sindrome", che peraltro, continua a non avere una definizione di carattere clinico sufficientemente precisa da non generare polemiche.

I farmaci più utilizzati come terapia per l'ADHD sono derivati dell'anfetamina (le anfetamine sono sostanze normalmente usate come eccitanti ed il cui uso sregolato è letale: sotto gli occhi di tutti è l'abuso da parte di alcuni gruppi di ragazzi frequentatori abituali di discoteche o da parte degli atleti "dopati"). Per un effetto "paradosso" - contrario a quanto ci si aspetterebbe, in virtù del particolare metabolismo dei bimbi - questi derivati dell'anfetamina "tranquillizzano" i bambini, permettendo agli stessi una diversa e più mirata gestione del proprio livello di attenzione nei confronti degli stimoli esterni (p.es. la lezione dell'insegnante a scuola, od i compiti a casa).

Questi farmaci sono in teoria somministrabili solo sotto stretto controllo medico, e tassativamente non a minori di età inferiore ai 7 anni. In realtà sono acquistabili su internet anche senza ricetta, e vengono comunque correntemente prescritti anche a bambini di 2/3 anni; sono state registrate prescrizioni anche nel periodo neonatale (meno di un anno di età). Tra i numerosi effetti collaterali, è segnalata con frequenza non trascurabile anche la "sindrome di Gilles de la Tourette": una serie di tic nervosi incontenibili, grossolani e gravemente invalidanti, estesi a tutto il corpo, che non regrediscono neanche con l'eventuale interruzione della somministrazione del farmaco. Numerosi potenziali effetti collaterali - anche gravi, dalle convulsioni al coma epatico - rilevati durante le sperimentazioni successive alla messa in commercio del farmaco, non figurano inoltre sui foglietti illustrativi che accompagnano le confezioni in commercio (vedi il nostro sito alla sezione "Ricerche Scientifiche, area Farmaci").

Diverse centinaia di bambini sono deceduti mentre erano sotto terapia con questi medicinali, la maggioranza per impiccagione, alcuni con l'ossido di carbonio, un numero rilevante per attacco cardiaco, in quanto l'uso prolungato di questo tipo di anfetamine danneggia il miocardio. Anche la Food & Drug Administration (il Ministero della Sanità in USA, ndr) riporta per cause direttamente imputabili all'uso di psicofarmaci - solo nel territorio americano e solo fino all'anno 2000 - 186 bambini ed adolescenti morti, e 569 ricoveri

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

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

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



COSA DICE LA SCIENZA?

“L’istituzione di questo Registro per schedare i bimbi sospettati di ADHD, senza le garanzie adeguate che meriterebbe, è una trappola: si rischia di trattare con Ritalin bimbi che non dovrebbero a monte neppure entrare in terapia. Il grande problema che sta venendo ignorato è quello del protocollo terapeutico, carente e fortemente orientato sulla soluzione farmacologica, con il risultato che le diagnosi rischiano di venir fatte a ‘maglie troppo larghe’ e le alternative al farmaco non valutate adeguatamente come meriterebbero. Un’idea buona come quella del registro per tenere sotto controllo le somministrazioni, rischia di essere uno specchietto per le allodole, se non ci si fa carico di determinare con maggiore serietà i criteri di presa in carico dei bambini”
(Federico Bianchi di Castelbianco, Psicoterapeuta dell’età evolutiva)



“Parlando di disturbi del comportamento, ed in particolare di sindromi quali ad esempio il deficit di attenzione e iperattività (ADHD), siamo più che altro di fronte ad una “moda” ed a diagnosi inconsistenti e vaghe. Queste diagnosi, così come vengono oggi semplicisticamente perfezionate, non si possono e non si devono fare, ed il Registro di per se servirà a poco, se non si rivedranno completamente tutti i protocolli: cambierà qualcosa se andremo ad iscrivere in un Registro bambini che a monte non sarebbero dovuti essere sottoposti a terapia a base di Ritalin?”

(Emilia Costa, titolare della 1° Cattedra di Psichiatria dell’Università di Roma “La Sapienza” e Primario di Psicofarmacologia al Policlinico Umberto I’)



“I medici sono chiamati ad una piena responsabilizzazione ed a tutelare davvero il diritto alla salute dei pazienti, specie se minorenni. Non si può pensare di risolvere tutto con l’apertura di un registro, e si può continuare a prescrivere psicofarmaci contestati ed a rischio di abuso: questo atteggiamento ormai, come dimostrano anche le cronache giornalistiche, è definitivamente sul banco degli imputati una settimana sì ed una no”
(Claudio Ajmone, Psicoterapeuta, Presidente dell’Osservatorio Italiano Salute Mentale e membro dell’Associazione Europea di Psicoanalisi)



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

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

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

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

- *“tutta la comunità scientifica è concorde nell’affermare che l’ADHD e gli altri disturbi comportamentali dell’infanzia sono di origine biologica”*

Questa affermazione è falsa, in quanto il dibattito nella comunità scientifica è tutt’ora aperto, in Italia ed all’estero, ed anzi la maggior parte degli specialisti indipendenti nega che l’ADHD in particolare sia una vera e propria malattia e che abbia origini biologiche (i termini del dibattito sono riportati su autorevoli media internazionali nella sezione Press Room del nostro portale). Le prove scientifiche in tal senso sono parziali ed insufficienti, ed anche gli studi effettuali con la tecnica della neuroimmagine - a seguito dei quali si affermò la “possibilità” (mai la certezza) dell’origine biologica del disturbo, sono stati messi in discussione: recenti ricerche scientifiche affermano che “l’iperattività e la disattenzione possono essere causati da diversi fattori nocivi cerebrali non riconducibili all’ADHD, come un basso peso prenatale,



l'intossicazione da piombo, la sindrome feto-alcolica, etc" ⁽¹⁾ e che "nei bambini diagnosticati ADHD non sono stati riscontrati indicatori neurologici particolari, né strutturali, né funzionali, né chimici" ^(2,3). I dati scientifici non depongono a favore di un'anomalia cerebrale, ma suggeriscono invece che i comportamenti dei bambini presentino variazioni nella popolazione generale, e non già secondo dei picchi specifici con variazioni tali da evidenziare un preciso disturbo. I comportamenti "anormali" propri dell'ADHD non sono infatti quasi mai distinguibili dalle normali variazioni del temperamento ⁽⁴⁾, e sostenere a priori l'origine biologica dell'ADHD ha quindi più a che fare con un sorprendente "pregiudizio" che non con un approccio scientifico basato sulle evidenze.

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

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

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

La contraddizione in termini è quindi evidente. In definitiva, tutte le malattie sono "tracciabili" mediante esami di laboratorio - che si conosca la causa remota della malattia o meno - mediante disamina delle variazioni nei valori fisici di riferimento o delle alterazioni dei tessuti (prelievo in vita o post-mortem), od anche mediante esami a livello cellulare o molecolare. Tutte

tranne l'ADHD e gli altri disturbi del comportamento dell'infanzia, tanto che la circostanza pare suggerire che queste non siano "malattie" vere e proprie, ma bensì "sintomi" - reali anch'essi, ovviamente - che evidenziano un ben preciso disagio del bambino. Catalogando invece questi disturbi come malattie di per se (e non come sintomi), rifiutiamo quasi sempre di indagare a fondo il disagio del minore e di porvi rimedio.

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

Ecco un'ennesima affermazione contestabile ed indice di probabile mala fede. Un recente studio scientifico del Dipartimento di Medicina dell'Università del Texas ⁽⁷⁾, che è seguito ad altri studi dello stesso tipo giunti alle medesime conclusioni (vedi sezione Ricerca Scientifica del nostro portale internet), ha infatti fatto chiarezza su questo punto. La ricerca - effettuata non su cavie ma direttamente su bimbi in normale cura con metilfenidato - conferma infatti un triplicamento delle anomalie nei cromosomi dopo soli 3 mesi di terapia, associata ad un aumento del rischio tumore oltre la norma. "E' stato abbastanza sorprendente che tutti i bambini che assumevano metilfenidato manifestassero un aumento di 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 Ritalin e di altri psicofarmaci somministrati ai minori) può causare quindi una maggiore esposizione al rischio di cancro e di mutazioni genetiche per i bambini.

- *"Una recente ricerca coincide con ogni altra precedente nell'affermare che non sussiste evidenza che il trattamento con psicofarmaci nella fanciullezza e/o adolescenza sia associato al rischio di abuso - o ad una maggiore frequenza nell'uso - di sostanze stupefacenti nell'adolescenza ed in età adulta"*

Quest'affermazione è falsa, dal momento che diverse accreditate ricerche scientifiche ^(8,9) provano il contrario, ovvero che l'assunzione di questi potenti psicofarmaci incide sensibilmente sulla capacità di reazione neuronale agli stimoli esterni, con effetti che persistono nei periodi di vita successivi, inclusa la predisposizione all'abuso di sostanze stupefacenti in adolescenza e nell'età adulta. Questa evidenza scientifica è riscontrabile anche in ricerche analoghe svolte in Florida ⁽¹⁰⁾ nonché in altri esperimenti ⁽¹¹⁾ svolti presso ospedali e cliniche universitarie dei quali Vi diamo conto nella sezione "Ricerche Scientifiche" del nostro sito.

- *"la somministrazione di psicofarmaci nell'infanzia ed adolescenza non è alla causa di alcuna apprezzabile modifica nel comportamento in età adulta"*

Anche quest'affermazione è falsa, dal momento che diverse ricerche scienti-



fiche dimostrano esattamente il contrario. Una recente ricerca ⁽¹²⁾ dimostra ad esempio - oltre ogni ragionevole dubbio - che il trattamento con questo tipo di psicofarmaci altera in misura significativa in età adulta la risposta comportamentale alle emozioni. Sono infatti ormai sempre più numerosi gli esperimenti che dovrebbero indurre gli operatori sanitari ad una ben maggiore prudenza.

- *“la somministrazione di psicofarmaci nell’infanzia ed adolescenza non altera in alcun modo la struttura del cervello”*

Stesso dicasi per questa affermazione, “venduta” come una granitica certezza, e che invece è per lo meno scientificamente discutibile. I ricercatori sanno già da tempo che alcuni tipi di esperienze, come quelle coinvolte nell’apprendimento, possono modificare fisicamente la struttura del cervello e influenzare il comportamento.

Per contro, i più recenti studi dimostrano che l’esposizione a psicofarmaci stimolanti può ridurre la capacità di specifiche cellule cerebrali di mutare come conseguenza dell’esperienza. “La capacità delle esperienze di alterare la struttura del cervello - spiega infatti la dott. sa Nora Volkow ⁽¹³⁾ - è forse uno dei meccanismi principali con cui la rielaborazione del “passato” può influire sul comportamento e la cognizione nel futuro. Tuttavia, quando queste alterazioni vengono prodotte da psicofarmaci, la situazione cambia”. In un’altra ricerca scientifica ⁽¹⁴⁾, gli esperti hanno effettuato una serie di esperimenti per studiare come gli psicofarmaci interagissero per produrre cambiamenti nella struttura del cervello, scoprendo che questi psicofarmaci aumentano la ramificazione e la densità dei neuroni in alcune regioni, riducendola però in altre, e causando quindi una diversa reazione ai cambiamenti strutturali indotti dall’ambiente e dall’esperienza. A conclusioni simili sono giunte diverse altre ricerche scientifiche: alcune hanno provato che la somministrazione quotidiana di psicofarmaci ai bambini è direttamente la causa di modificazioni di alcuni geni a livello di sistema nervoso centrale ⁽¹⁵⁾, altre hanno per la prima volta accertato “cambiamenti duraturi - e persistenti molto dopo il termine dei trattamenti - nello sviluppo di parti del sistema nervoso centrale, causati dalla somministrazione precoce di psicofarmaci stimolanti durante la fase giovanile” ⁽¹⁶⁾.

- *“non è assolutamente dimostrato che la somministrazione di psicofarmaci stimolanti nell’infanzia sia la causa di disfunzioni cardiache”*

Questa circostanza è invece più che dimostrata, dal momento che la continua somministrazione di questo tipo di farmaci può danneggiare irreversibilmente il miocardio (una zona specifica del muscolo cardiaco). Richiamiamo a tal proposito una nota ricerca scientifica ⁽¹⁷⁾: “...cambiamenti patologici ed una vasta catena di alterazioni furono osservate dopo 14 settimane di sperimentazione, sia in soggetti sottoposti a somministrazione di psicofarmaci a mezzo iniezione, che in soggetti sottoposti a somministrazione per via orale. Le osservazioni mostrano definitivamente che nei



soggetti trattati con dosi terapeutiche si presentavano lesioni cardiache, e che esse persistevano anche dopo la sospensione delle somministrazioni. Degno di nota fu anche il rapido sviluppo dei cambiamenti patologici (a volte entro sole 3 settimane). La possibilità d'irreversibilità e i profondi cambiamenti strutturali osservati in un paziente in terapia a lungo termine con psicofarmaci stimolanti, suggerisce che queste scoperte possono avere conseguenze cliniche delle quali i medici dovrebbero essere coscienti..."

- *"la somministrazione di psicofarmaci ai bambini non ne riduce la crescita, se non marginalmente e con effetti destinati a riassorbirsi nel tempo"*

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

- *"I farmaci stimolanti agiscono sul particolare metabolismo dei soli bambini malati di ADHD grazie ad un effetto paradossale, per il quale lo psicofarmaco calma l'iperattività del bimbo migliorandone l'attenzione"*

Quest'affermazione dimostra ancora una superficiale preparazione scientifica, non attenta alle più recenti scoperte. E' certamente vero che, poiché queste sostanze erano viste come stimolanti nel loro effetto sul sistema nervoso centrale ma erano invece calmanti nel loro effetto terapeutico su bambini disagiati, gli effetti dello psicofarmaco sul disordine di attenzione furono interpretati come fossero «paradossali.» Nondimeno, un'autorevole ricerca ⁽²¹⁾, svolta anche su bambini, adolescenti e giovani adulti "normali", ha indicato chiaramente come questi psicofarmaci stimolanti "hanno effetti comportamentali simili sia in bambini iperattivi che in bambini normali". Anche in questo caso quindi, la non univocità del parere degli esperti deve suggerirci perlomeno la necessità di prestare una grandissima attenzione prima di procedere alla somministrazione di psicofarmaci ad un minore.



- *“la terapia a base di psicofarmaci, come dimostrato da numerose ricerche, è assolutamente quella più efficace nella cura di questi disagi dei bambini”*

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

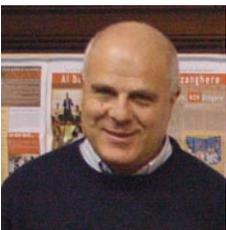
Molti operatori continuano a pensare che, se gli stimolanti portano ad un miglioramento nel comportamento del bambino, questa è di per se una buona ragione per persistere con la diagnosi ADHD e proseguire nella somministrazione dei farmaci. Ciò che viene trascurato è che tutti gli stimolanti cerebrali, 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?

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

UN PROBLEMA SPINOSO



"A milioni di bambini in America, tra i 6 e i 12 anni, ai bambini agitati, danno una pastiglia, il Ritalin: è un derivato dell'amfetamina, se la prendo io cammino sul soffitto, se la dai a un bambino, che ha il metabolismo accelerato, si seda! Adesso hanno iniziato a fare i test nelle scuole per dare la pastiglia. Le domande sono del tipo: TU FIGLIO SI AGITA SULLA SEDIA? Ma io ho sei figli, si agitano tutti, e mica solo sulle sedie, allora gli devo dare lo psicofarmaco anche a loro! Oppure: perde spesso le cose? Da la risposta prima che l'insegnante abbia finito di fare la domanda? Ma qui allora tutti i bambini in Italia bisogna rinchiuderli in ospedale perchè sono tutti malati di mente! Ma questo è criminale... GIÙ LE MANI DAI BAMBINI!"
(Beppe Grillo, comico e showman)



"Questi psicofarmaci hanno certamente degli effetti, migliorano l'attenzione dei bambini, ma sia di quelli sani che di quelli malati, ed a che prezzo sul lungo periodo? Che quello farmacologico in questi casi sia di per se un approccio scientificamente serio, è cosa tutta da dimostrare: smettiamola di prenderci in giro tra specialisti, facciamo un bagno di umiltà, scendiamo con i piedi per terra, e ripartiamo da qui. Apriamo una riflessione sull'opportunità di usarli, questi psicofarmaci."

(Enrico Nonnis, Neuropsichiatra infantile,
Direttivo nazionale di Psichiatria Democratica)

Molti a questo punto chiedono: ma cos'è dunque questa malattia? Perché si "diffonde" così rapidamente? Secondo le fonti più critiche nei confronti della soluzione psicofarmacologica - tra i quali autorevoli medici, pediatri, psicologi e stampa di settore - le principali multinazionali del farmaco (i cui esperti sono spesso anche consulenti dei Ministeri per la Sanità dei vari paesi e delle stesse commissioni governative che dispongono la messa in commercio dei farmaci) procedono come segue:

- 1) iniziano a comparire sui media servizi che informano che tale sindrome esiste e che occorre fare qualcosa al riguardo. I pareri degli esperti sono tutti improntati alla prudenza, trattandosi di bambini, e si afferma che per la nazione in questione sono state rilevate inizialmente alcune centinaia di casi;
- 2) i genitori e gli insegnanti vengono informati, con messaggi sempre più continui e pressanti attraverso i media, che se un bambino è distratto, scatenato, ingestibile o violento, questi in realtà è malato di ADHD o di altre



sindromi dell'infanzia;

3) il farmaco per curare la sindrome, se non già in commercio, riceve rapidamente le opportune autorizzazioni per la vendita;

4) gli articoli dei media aumentano, e gli esperti nelle loro dichiarazioni incominciano a parlare di “migliaia di casi”. Progressivamente il numero dei bambini malati si attesta intorno al 4-6% della popolazione infantile;

5) si formano associazioni di familiari di bambini “sofferenti” di ADHD, che “offrono aiuto” e contemporaneamente promuovono con vigore la soluzione farmacologica;

6) le scuole vengono coinvolte in “progetti pilota” atti a valutare l'efficacia dello strumento dello “screening” (questionari a risposte chiuse) al fine di identificare fin dall'esordio i “disturbi comportamentali” dell'infanzia. La diagnosi deve essere secondo gli esperti effettuata in tenera età - entro i 7/8 anni al massimo - altrimenti i sintomi “scompaiono” (in questo modo pochi possono sfuggire dall'essere sottoposti al trattamento, considerato che, com'è noto ed evidente, i bambini crescendo tendono a tranquillizzarsi);

7) i risultati dello screening mostrano che la percentuale di bambini affetti dalla sindrome è ancora maggiore (ciò è naturale, considerati i criteri poco scientifici adottati nella fase di rilevamento), e quindi si approvano decreti per lo screening di massa indifferenziato in tutte le scuole. La diagnosi viene perfezionata direttamente a scuola, dallo “psichiatra di quartiere”, oppure sono addirittura gli insegnanti a compilare le liste e a segnalare i casi ai servizi psichiatrici di zona;

8) se una famiglia dubita della diagnosi e rifiuta di sottoporre il proprio bambino alla terapia, si procede attraverso il Tribunale dei Minori mediante il ricorso all'istituto giuridico del Trattamento Sanitario Obbligatorio, sottraendo il bambino alla tutela della famiglia stessa, al fine di somministrargli le cure farmacologiche coattivamente. Oppure, più semplicemente, la famiglia viene informata che - non acconsentendo spontaneamente alla somministrazione del farmaco - la direzione didattica non avrà altra scelta se non quella di relegare il bambino in “classi speciali” - su modello di quelle predisposte per i bimbi disabili o mentalmente ritardati - con tutti i problemi conseguenti a tale isolamento e ghettizzazione. Pur di non sottoporre il proprio figlio a tale stress - un danno per lo sviluppo sereno della personalità del bimbo - i genitori acconsentono alla somministrazione di psicofarmaci, informati che quella soluzione “è la migliore per la tutela della salute del bambino”, e che il piccolo, avendo diritto ad essere “curato”, non potrà che trarre giovamento nel lungo periodo da tale trattamento.

Quanto sopra è evidenziato al lettore sempre cercando di evitare di entrare nel merito delle soluzioni farmacologiche proposte, a detta di molti esperti

in larga misura destinate a lasciare pesanti tracce sul lungo periodo in termini di dipendenza ed effetti collaterali.

Questo è quanto avvenuto negli USA ed in altri paesi. Lo scopo - a detta di molti medici - è piuttosto quello di “vendere prestazioni e prescrizioni sanitarie” sottoponendo a terapia psicofarmacologica milioni di pazienti in tenerissima età. Ma anche supponendo - e così non è - univocità di pareri circa l'opportunità clinica di sottoporre a somministrazione coatta di psicofarmaci ampi strati della popolazione under 18 (i minorenni non hanno ovviamente potere di scelta nel merito, dipendendo dalla potestà dei genitori), restano evidentemente ancora aperti tutti i problemi di carattere etico che queste terapie sui soggetti in giovane età comportano. Ricordiamo - a puro titolo di esempio - le vivaci polemiche suscitate anni fa per la proposta di rendere obbligatorio il test contro l'AIDS al fine di “schedare” i portatori di virus HIV: dove finisce il “diritto alla tranquillità” della popolazione, e dove inizia la medicalizzazione di massa e quello che un'autorevole psichiatra americano ha definito “lo Stato Terapeutico”?

E IN ITALIA?

“Prescrivere psicofarmaci a bambini ed adolescenti pretendendo di curare i loro disagi con una pastiglia è pura illusione, un’idea grave e colpevole, una semplificazione ingiustificabile. Se c’è l’idea ad esempio che basti un antidepressivo per riacquistare il buon umore siamo finiti fuori strada: un elemento chimico di per se può attenuare un problema, ma non risolve proprio nulla”.

(S.E. Cardinale Ersilio Tonini)



“Si fa presto a dire ADHD. E ancora, è proprio vero che tutti i bambini sono interessati dalla sindrome ADHD? E, aggiungo: esiste la sindrome da ADHD così come viene descritta? E come vengono eseguite queste diagnosi, con quali criteri, con quali percorsi? Fino a quando non si troverà un punto di incontro nella risposta a questi interrogativi ai bambini verranno somministrati sempre più psicofarmaci nascondendosi dietro l’alibi di una diagnosi. Un bambino trattato con psicofarmaci, sarà probabilmente un adulto medicalizzato, disturbato, stravolto. Io sono anche un padre, e non vorrei mai che alle mie figlie potesse accadere tutto questo”.

(Massimo Di Giannantonio, Professore Ordinario di Psichiatria all’Università di Chieti)



Nonostante alcune dichiarazioni improntate alla prudenza rilasciate da esperti del settore, c’è il timore che accada anche in Italia quanto è già avvenuto negli USA e in altre nazioni europee. L’europa pareva infatti “lontana” dagli abusi d’oltre oceano, ma è di pochi mesi fa la notizia di un’indagine ad ampio spettro in 609 scuole francesi: il 12% della popolazione studentesca oltralpe ha già fatto uso di psicofarmaci. E’ interessante notare come in Italia, i punti (1) e (2) dello schema di cui sopra sono stati portati a buon fine, ed è stato dato recentemente il via libera all’approvazione ed alla commercializzazione dei farmaci (punto n° 3); da poco sono stati portati a buon fine i punti (4), (5) e (6), essendo iniziati e terminati i primi progetti pilota di screening nelle scuole in molte regioni della penisola (vedi il modulo riprodotto qui accanto), gestiti in

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE COMO - ALBATE
PIAZZA IV NOVEMBRE 1 22060 COMO
TEL 031 - 524056 / Fax 031 - 501140
E-Mail lettrata: COVED05006@istruzione.it - E-Mail internet: comod05006@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' I.C.S. COMO - ALBATE
Dottoressa Magde Zaverio

Il/La sottoscritto/a _____
Genitore dell'alunno/a _____
Frequentante la classe 1ª della scuola elementare "D. Birago" di Albate piazza IV Novembre
Autorizza l'attuazione di prove di scrittura e di lettura che verranno effettuate nei mesi di
Febbraio e Maggio 2003 a cura della Sig.ra L. Fusi (Psicomotricista/Psicometrista
dell'U.C.N.P.I.A.-di Como) nell'ambito del Progetto Pilota sulla prevenzione delle difficoltà nel
processo di apprendimento di lettura e scrittura in classe prima elementare.

COMO, .../.../2003

Firma _____



autonomia da numerose ASL direttamente presso le singole scuole. In un'incredibile confusione di cifre, secondo i ricercatori dell'Istituto Mario Negri di Milano il disturbo colpirebbe non più del 7 per mille della popolazione scolastica, ma i dati disponibili rimandano più ad una "lotteria" che non ad un approccio scientifico: uno studio condotto in due regioni del centro Italia ha evidenziato una prevalenza dei disturbi pari al 3.6%; un altro studio con i pediatri della città di Torino ha dato una prevalenza del 2,52%; uno studio del 2002, lo 0,43%; uno studio, condotto nelle scuole di Firenze e Perugia, ha individuato un 3,8% di casi; a Roma sono stati condotti due studi pediatrici, nel 1999 e nel 2003, nel primo la prevalenza è stata del 1,51%, nel secondo lo 0,91%; lo studio di Cesena del 2003 - condotto dai servizi territoriali su una popolazione di 11.980 soggetti di età compresa tra 7 e 14 anni - ha dato una prevalenza di disturbi dell'1.1%, e potremmo citare molti altri dati contraddittori. Il "Progetto Prisma", ricerca nazionale finanziata pochi anni fa con fondi del Ministero per la Salute, ha presentando le proprie conclusioni: secondo questa indagine, 10 bambini su 100 in Italia presenterebbero i sintomi del disagio mentale, ed andrebbero quindi sottoposti a terapie a base di psicofarmaci.

Precisiamo inoltre che gli screening vengono sovente presentati come indagini di carattere puramente statistico, ma a volte hanno invece potenzialmente tutte le caratteristiche della "schedatura" dei piccoli soggetti, in quanto riportano anche un'anagrafica del bambino (nome, data di nascita, scuola e classe, etc). Presso l'Istituto Superiore di Sanità è stato predisposto il "Registro nazionale dei bambini affetti da ADHD", allo scopo di garantire un'adeguata attenzione terapeutica a bimbi sofferenti di questa "sindrome" e monitorare la situazione nella speranza di non incorrere in abusi. Diverse associazioni di genitori - i cui figli paiono affetti da questi problemi comportamentali e che hanno trovato nelle terapie a base di psicofarmaci la soluzione ai disagi propri e dei propri bambini - promuovono intense campagne finalizzate ad orientare l'opinione pubblica creando accettazione per la soluzione farmacologica, a loro dire "l'unica soluzione efficace per questo genere di problema dei bambini, e comunque la più rapida negli effetti" (per informazioni più approfondite, vedi la sezione "Pro" del nostro sito www.giulemanidaibambini.org).

Per contro, la stessa giustizia ordinaria si sta occupando di questi sempre più frequenti abusi: il Procuratore della Repubblica di Torino Raffaele Guariniello ha recentemente iscritto sul registro degli indagati 74 medici che prescrivevano con frequenza psicofarmaci che inducevano i bambini al suicidio, mentre la Procura di Bologna ha indagato su sedicenti "esperti" - in realtà privi di qualunque specifica preparazione professionale - che propagandavano ai genitori ed agli insegnanti l'uso di metanfetamine per sedare i bimbi troppo agitati e distratti.



CENNI SULLA SITUAZIONE INTERNAZIONALE

"Appoggio GiuleManidaiBambini perchè non è una campagna estremista, anzi, è una campagna che si batte contro gli estremisti nel settore dei farmaci: con i bimbi bisogna avere un grande equilibrio"
(Jèrôme Savary, direttore dell'Operà Comique di Parigi)



"Giù le Mani dai Bambini è un'importante azione per l'umanità..."
(Lama Gedun Tharcin, leader Buddista)



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

Diversi esposti sono stato ritirati, altri archiviati, e di nuovi ne sono stati recentemente presentati, ma al di là delle modalità di conclusione di queste vertenze legali, ciò che emerge è un grande disagio su questo soggetto: negli ultimi 4 anni, 20 Stati degli USA hanno approvato leggi che cercano di limitare il fenomeno, impedendo lo screening indifferenziato dei bambini nelle scuole, fino all'approvazione di un provvedimento Federale di tutela dei bambini, recentemente votato con 435 voti a favore ed uno solo contrario, il quale permette ai genitori di non sottoporre i propri bambini a terapie a base di psicofarmaci, dal momento che fino all'approvazione di questa legge coloro che si rifiutavano di somministrare il farmaco potevano essere citati in



giudizio per negligenza, e la terapia poteva essere somministrata coattivamente nonostante l'opposizione sia dei genitori che dei figli.

I soggetti favorevoli alla somministrazione di psicofarmaci ai bambini sono passati però al "contrattacco", distribuendo in USA giornali a fumetti che invitano bambini e ragazzi a richiedere loro stessi lo psicofarmaco in famiglia, al fine di "non far preoccupare papà e mamma e non recare pregiudizio al lavoro della insegnante ed al sereno svolgersi delle lezioni agli altri alunni". Questi libretti a fumetti sono stampati anche in Europa, e stanno venendo distribuiti massicciamente ad esempio in Germania (copie di questo documento - in lingua tedesca - sono state rintracciate dal nostro comitato), dove la stampa del fumetto in questione è finanziata dalla casa farmaceutica che produce lo psicofarmaco di elezione per queste terapie.

Un'ultima annotazione di carattere storico: il progetto dello screening psicologico di massa dei bambini nelle scuole venne ideato dal professor Goering (cugino del più noto gerarca nazista) nella Germania negli anni '30, e poi ampiamente applicato - in tempi successivi - nella Russia di Stalin.



E LE ALTRE PATOLOGIE PSICHIATRICHE DEI BAMBINI?

"Decine di migliaia di bambini italiani sarebbero depressi: questo tipo di considerazione non ha alcun valore scientifico. I bambini sono vivaci, a volte inquieti, non stanno attenti a scuola. Ma c'è un equivoco, perchè l'aggressività nei bambini - ad esempio - si tenta di classificarla come un dato patologico: questo è un problema etico, sociale, ma non è certo un problema di carattere clinico!"

(Giorgio Antonucci, decano della psicoanalisi italiana, già collaboratore di Franco Basaglia)



"La depressione non è una malattia, la depressione è un sintomo! Qui si cerca di "diagnosticare" una depressione senza interrogare se stessi e il bambino a proposito delle cause che hanno determinato il disagio: un po' come porsi di fronte a chi piange la morte di una persona cara tentando di curare il suo dolore con un collirio che blocca l'attività delle ghiandole lacrimali! Una diffusione acritica degli antidepressivi sui bambini è un grande rischio per la salute mentale delle nuove generazioni: non faranno altro che cronicizzare questo genere di problemi".

(Luigi Cancrini, psichiatra, membro della Commissione Parlamentare sull'Infanzia)



"Io sono un ragazzo semplice, e quindi semplicemente Vi dico quello che penso: so che fare il genitore è difficile, ed è impossibile non sbagliare, ma somministrare indiscriminatamente psicofarmaci ai bambini o ai minori in generale è un segno di grande "svogliatezza". Ai bambini va prima di tutto insegnato che cos'è la pazienza, per garantirgli una crescita equilibrata. Hanno bisogno quindi di "fatti" ma anche e soprattutto di tante "parole", perchè solo con le parole si entra davvero nel loro cuore, li si aiuta a calmarsi ed ancora meglio li si aiuta ad esprimersi! Quindi... Giù le Mani dai Bambini!"

(Povia, cantante)



La medesima prudenza che deve animare gli operatori quando si discute di sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione, dovrebbe animarli riguardo a qualunque disagio di carattere psichico di bambini ed adolescenti, specie quando le terapie prevedono l'uso massiccio di psicofarmaci, il cui abuso nella somministrazione (o la repentina interruzione, che causa astinenza al pari di una comune droga da strada) è da sempre più addetti ai lavori posta in relazione diretta con gli improvvisi ed imprevedibili eccessi di violenza



incontrollata – a volte omicida od autodistruttiva – da parte di un numero crescente di adolescenti. Per fenomeni quali ad esempio la depressione, nella seconda metà degli anni '90 si abbandonarono gli psicofarmaci di “vecchia generazione” e si incominciò a prescrivere entusiasticamente i cosiddetti “inibitori della ricaptazione della serotonina” (farmaci in grado di bloccare la ritrasmissione di un particolare neurotrasmettitore nel cervello, migliorando i sintomi nei casi di depressione). Paroxetina, Fluoxetina, Sertralina, entrarono nel vocabolario di medici e famiglie, fino alla pubblicazione delle più recenti ricerche scientifiche, che hanno dimostrato che se solamente 1 bimbo su 10 risponde in qualche modo al farmaco, per i restanti 8 non c'è alcun miglioramento, mentre un altro bimbo su 10 ha reazioni avverse gravissime, che vanno dalla labilità emotiva al tentativo di suicidio ⁽²⁵⁾.

A quale categoria appartiene Tuo figlio, Tuo fratello, il Tuo alunno?

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

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

La recente polemica sul Prozac[®], autorizzato tra mille polemiche alla somministrazione anche a bambini di 8 anni, ha nuovamente richiamato l'attenzione di tutti – specialisti e non – su queste delicate tematiche: una recente metanalisi - la più vasta nel suo genere - pubblicata dalla nota rivista scientifica PloS ⁽²⁷⁾ ha sollevato un grande scalpore, acquisendo dalla Food & Drug Administration americana – grazie al Freedom of Information Act - i dati delle sperimentazioni cliniche finora mai pubblicati dalle case farmaceutiche,



raffrontandoli con quelli già disponibili, e dimostrando che in fascia pediatrica in realtà gli antidepressivi aiutano, nel migliore dei casi, solo un piccolo sottogruppo di pazienti molto gravi, e per il resto servono a ben poco, cioè il loro valore clinico non è granché superiore a quello di una pillola di zucchero. placebo. Questo il risultato di uno studio inglese. Questo studio è stato definito «di fantastica importanza» negli ambienti scientifici internazionali, ed ha suscitato polemiche ad esempio in Inghilterra, nel momento in cui il ministro della Sanità ha annunciato di voler migliorare il servizio pubblico di psicoterapia per evitare che i medici continuino a prescrivere gli antidepressivi come se fossero caramelle (31 milioni di ricette solo nel 2006). “Dalle sperimentazioni si evince che il risultato complessivo della nuova generazione di antidepressivi è sotto la soglia consigliata dei criteri clinicamente significativi”, scrivono gli scienziati. Kirsch sottolinea, inoltre, la necessità di cambiare il sistema attuale, che permette alle case farmaceutiche di non pubblicare una parte dei dati delle loro sperimentazioni: “La frustrazione sta in questo: rende difficile determinare se i farmaci funzionino. Le case farmaceutiche dovrebbero essere obbligate, quando commercializzano un nuovo prodotto, a pubblicare tutti i dati”.

MA ESISTE UN "CONFLITTO DI INTERESSI"?



"Nessuno psicofarmaco è sicuro: l'industria avrebbe bisogno di anni ed anni per la sperimentazione su di ogni molecola, per acquisire delle certezze, e nessuno può permetterselo. Noi poi al giorno d'oggi siamo innamorati delle 'griffe': posso personalmente testimoniare che sono stati eliminati dal mercato tutta una serie di farmaci utili, solo per far spazio a nuovi prodotti 'di moda', più rischiosi e molto meno sperimentati"

(Loris Iacopo Bononi, già elemento di punta della ricerca internazionale della multinazionale farmaceutica Pfizer)



"Purtroppo, il farmaco soffre ad essere considerato una merce come tutte le altre: ormai viene venduto utilizzando raffinate tecniche di marketing, al pari di un telefonino od un'automobile"

(Agostino Pirella, Professore Ordinario di Storia della Psichiatria dell'Università di Torino)



"Esaminiamo la realtà dei fatti: cito a caso uno dei 'big five' nel settore del giornalismo scientifico, il 'New England Journal', è finanziato per il 74% dall'industria farmaceutica. Ecco allora il vero problema: l'etica nelle ricerche. Perché non iniziamo a pubblicare anche le ricerche che hanno dato esito negativo, che sono la stragrande maggioranza?"

(Paolo Roberti di Sarsina, Dirigente medico di psichiatria, Coordinatore del Comitato Medicine Non Convenzionali ed esperto di MNC presso il Consiglio Superiore di Sanità)

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

Il prof. Fava ⁽²⁸⁾ dice: “...si formano gruppi d'interesse speciale, cioè oligarchie accademiche auto-selezionate che influenzano l'informazione clinica e scientifica. Questo avviene in vari modi. Un modo tipico consiste nel pubblicare un supplemento speciale di una rivista per pubblicizzare un nuovo psicofarmaco: il fatto che tali articoli sono scientificamente più scadenti di



quelli pubblicati regolarmente, e che gli autori spesso vengono pagati, non è trasparente e trae in inganno i lettori. Ma questo è solo la punta dell'iceberg più ovvia.

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

Il prof. Pirella (29), in una recente relazione ad un convegno internazionale a Roma, racconta: "...a dispetto di tutte le ricerche che dimostrano la non grande superiorità nell'efficacia di uno psicofarmaco sui placebo (pillole contenenti acqua e zucchero utilizzate per le sperimentazioni, totalmente prive di alcun principio attivo, ndr) e soprattutto sui farmaci più tradizionali, vi sono giornali e riviste a grande tiratura che sembrano dei veri inserti pubblicitari. Vorrei segnalare come esempio di questo tipo d'inserito il "Corriere della sera" del 4 aprile scorso, che sotto il titolo incredibile di "Medicine per il buon umore", nel riaffermare la certezza della genesi organica della depressione, addirittura allarga ottimisticamente all'80-90% il tasso dei pazienti che "rispondono al trattamento". Un capitoletto intende poi tranquillizzare sulla sicurezza di questi psicofarmaci (inibitori della ricaptazione della serotonina, ndr) a proposito dei rischi di suicidio, senza in alcun modo accennare alla grave questione di attualità dell'induzione al suicidio. Come abbiamo visto, almeno per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, gli studi scientifici hanno dimostrato esattamente il contrario!"

Inoltre: chi assicura l'obiettività delle ricerche quando ad esempio il presidente dell'organizzazione inglese che recluta i volontari per gli studi scientifici (mr. John Bell) è anche direttore della casa farmaceutica Roche? Con questo livello di coinvolgimento, si sentirà veramente obbligata una casa farmaceutica a pubblicare informazioni sulla inefficacia o sulla pericolosità di uno dei propri prodotti?

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



COSA FARE, ALLORA?

"Ciao, sono Linus, faccio il DJ e sono padre di famiglia, ho due figli di 7 anni e mezzo e 6 mesi, ho imparato tante cose da loro e spero anche di averne trasmessa qualcuna. Fare il papà è un mestiere complicato, ed uno può essere tentato di ricorrere a qualche scorciatoia. A volte questa scorciatoia può chiamarsi psicofarmaco, ed è un dramma che stiamo vivendo in questo periodo. Io sono totalmente contrario a questo approccio, tranne in casi estremi ed assolutamente acclarati, e per questo il consiglio che posso dare dal basso della mia esperienza è: metteteci molto amore, anche perchè in fondo, i Vostri bambini siete Voi!"

(Linus, Dj di Radio DeeJay)



“Giù le Mani dai Bambini” non intende in alcun modo indicare soluzioni terapeutiche, quanto piuttosto stimolare alla riflessione. Esistono metodi “differenti” per trattare il disagio dei più piccoli? Molti, sicuramente. Proviamo ad accennare a qualche percorso utile e funzionale per la gestione di questo tipo di delicati problemi, a scopo puramente esemplificativo.

Qui di seguito la trascrizione letterale di un intervento registrato in occasione di un nostro convegno: una procedura certamente più lunga e complessa, ma meno “effimera”, con la quale è stata presa in carico una bambina “Adhd”...

“Io vorrei sintetizzare venti anni di studio e tre anni di pratica con una ragazzina che è arrivata dalle elementari con appunto la diagnosi di iperattività... Innanzitutto queste due insegnanti che lavorano in questa scuola media sono due insegnanti di sostegno, che hanno cercato di trasformare il sostegno considerato come prelevare l’alunno in difficoltà dalla classe e fargli fare delle cose alternative che non riguardano il percorso degli altri ragazzi, hanno cercato di trasformarlo in un momento di studio delle motivazioni di un certo comportamento per poi reintegrare questa ragazzina appunto nella classe.

Secondo la gestione mentale, che è la teoria pedagogica che seguono questa equipe, le difficoltà scolastiche dei bambini sono spesso dovute a un incorretto utilizzo degli strumenti mentali, quindi vorrebbe che i docenti insegnassero e seguissero i ragazzi fin da piccoli nell’apprendimento dei gesti mentali e fondamentali che sono prestare attenzione, memorizzare e riflettere. In questa scuola media si è lavorato in tre tappe; la prima è stata



quella di un dialogo pedagogico con la ragazzina, cercare di capire cosa pensava, di cosa aveva paura, cosa evocava, perché non riusciva a stare ferma qual era lo slancio che la portava a muoversi in continuazione; hanno scoperto che questa ragazzina non voleva fondamentalmente fermarsi a pensare perché aveva dei brutti ricordi, delle brutte evocazioni che le venivano alla mente nel momento in cui lei si fermava da questo continuo movimento. Si sono accorti anche che la bambina evocava, cioè non è che non ricordasse o chiudendo gli occhi non riprendesse un passato; lei per ricordarsi il numero di telefono aveva bisogno di fare il gesto del suo numero di telefono sulla tastiera, quindi era proprio una questione di movimento; lei conosceva tramite il movimento, quindi è stato cercato in questa seconda tappa di farla recitare, di usare il teatro in modo che lei potesse dare un senso a questo suo movimento, che questo movimento non fosse più una cosa negativa e di disturbo agli altri ma che questo movimento prendesse una forma positiva. Tramite questo movimento, rivedendolo in videocamera e cercando di associare questo movimento, la sensazione del movimento ad un movimento mentale, ovvero richiudendo gli occhi e cercando di risentire e rivedere il movimento stesso, sono riusciti piano piano a trasformare questa sua conoscenza cinestesica in una conoscenza mentale come tutti gli altri ragazzini; sicuramente ha avuto qualche difficoltà, però insomma ci sono riusciti.

Terza tappa fondamentale è stato il rapporto con la classe, non escludere la ragazzina dalla classe, non trattarla come una diversa ma discutere addirittura in assemblee di classe del problema stesso delle cause che potevano averla portata a questa necessità di movimento e anche delle conseguenze sulla classe e delle difficoltà che lei creava in classe in modo che lei si rendesse conto, parlandone con gli altri se potevano e volevano aiutarla, evitando in questo modo anziché loro, non conoscendo, la prendessero in giro, perché purtroppo in questa età ciò è molto frequente; quindi non l'esclusione, ma l'integrazione.

Ci terrei a dire che questa ragazzina adesso frequenta il liceo ed è, se vogliamo, guarita!"

(Dott. sa Elisa Salvatori - Torino, 28 Maggio 2005, in una conferenza internazionale all'Ospedale San Giovanni Battista "Molinette")

Esistono poi tutta una serie di rimedi di origine naturale, il cui utilizzo potrebbe trovare conforto nella più recente letteratura scientifica.

Che la patologia denominata "ADHD" sia decisamente sovrastimata, per alcuni addirittura "inventata", è stato oggetto di accese discussioni, nella comunità scientifica e non solo, e per certi versi anche dimostrato. Tuttavia, è



altrettanto impossibile negare che esistano bambini più “difficili” di altri, con maggiori difficoltà a concentrarsi, a mantenere un’attenzione vigile, a controllare tutti i propri impulsi. Alla radice di questo fenomeno, descrivibile attraverso una sintomatologia complessa che in misure diverse caratterizza il comportamento di gran parte dei bambini - anche per il solo fatto d’essere bambini! - si nascondono certamente fattori di ordine psicologico e sociologico-ambientale. Ma non meno importanti sono i fattori di carattere nutrizionale: sia quelli che possono essere ricompresi sotto la definizione di “nutrizione negativa” - l’eccesso di inquinanti, pesticidi e conservanti - sia quelli afferenti la cosiddetta “nutrizione positiva”, ovvero riconducibili al fatto che i cibi dei quali ci nutriamo sono sempre più poveri di nutrienti essenziali per uno sviluppo corretto dell’organismo dei bambini.

Pur senza voler sovrastimare gli effetti benefici della medicina “tradizionale” o “non convenzionale” - spesso erroneamente contrapposta alla medicina allopatrica in una sterile guerra di posizione - a volte è proprio in natura che possiamo trovare una risposta efficace agli squilibri indotti dal nostro moderno stile di vita. Sono tante le soluzioni indagate dalla scienza, a basso impatto e con effetti collaterali potenziali minimi, se paragonati a quelli dei farmaci psicoattivi sintetici. Sono note ad esempio le potenzialità della rarissima microalga del lago Klamath, uno specchio d’acqua d’alta quota negli Stati Uniti, unico luogo al mondo dove questa microalga nasce e cresce con queste precise caratteristiche. Diversi sono ormai gli esperimenti di laboratorio che dimostrano come questa alga sia in grado di garantire una risposta ad entrambi i problemi precedentemente richiamati: alla nutrizione negativa, perché la sua ampia dotazione di sostanze antiossidanti e antinfiammatorie protegge l’organismo e il sistema nervoso dai danni generati dalle sostanze tossiche; ed alle problematiche afferenti la nutrizione positiva, per il suo spettro davvero unico di principi nutrienti: ben quattordici vitamine, tra cui vitamine essenziali al cervello come la vitamina B12, ed oltre sessanta tra minerali e oligo-elementi, tra cui notevoli quantità di ferro ed una non trascurabile quantità di acidi Omega 3, essenziali per il sistema nervoso, come hanno ampiamente dimostrato recenti ricerche universitarie negli Stati Uniti ed in Israele, pubblicate anche sul portale internet di “Giù le Mani dai Bambini”®. I più recenti esperimenti confermano che tutti questi elementi nutrienti si trovano in concentrazione più elevata ed in forma ottimale nell’alga Klamath essiccata: ma ciò che sembra rendere quest’alga particolarmente indicata per sintomatologie quali l’iperattività ed il deficit di attenzione - ancora a prescindere dalla causa ed entità di questo disagio - è la sua dotazione di molecole naturali ad azione fisiologica, che costituiscono una valida alternativa all’uso di molecole sintetiche dal pessimo rapporto rischio/beneficio come il metilfenidato e simili. I citati psicofarmaci - tra l’altro - risultano essere per certi versi nient’altro che la versione sintetica di quella che può essere definita l’“anfetamina endogena”, ovvero la “fenilettilammina” (tecnicamente abbreviabile in “PEA”). Così come esistono gli oppiacei endogeni, chiamati endorfine, la PEA è appunto l’anfetamina endo-

gena, prodotta spontaneamente in natura e nell'organismo, capace di stimolare attenzione e concentrazione tramite l'attivazione della dopamina, il neurotrasmettitore che regola la funzione motoria, ma anche di modulare altri neurotrasmettitori come la serotonina, e dunque di riequilibrare inevitabilmente il rapporto attivazione/sedazione nel bambino. La PEA è presente in minori quantità in numerosi alimenti, come il cioccolato, il vino rosso, i ceci ed i formaggi stagionati, ma l'alga Klamath pare costituirne la fonte di gran lunga migliore in termini di quantità e facilità di assimilazione. Perché utilizzare allora un prodotto di sintesi chimica, contestato per i suoi effetti iatrogeni, quando la natura ed il nostro stesso organismo paiono in grado di suggerirci strumenti d'intervento adeguati e meno rischiosi, anch'essi scientificamente testati o testabili?

Questa non è l'unica evidenza del successo di questo tipo di soluzioni, che raccolgono il potere risanatore di vegetali usati a scopo medicinale da secoli, attraverso l'azione dolce e dinamica tipica delle molecole esistenti in natura, incluse quelle più vicine allo stato originario come gli estratti fluidi, che garantiscono un ottimale riconoscimento ed integrazione da parte dell'organismo. Un particolare composto in commercio a base di Centella Asiatica, Alchechengi, Cipresso, Tiglio, Alchemilla e Selenometionina di origine naturale, provocatoriamente definito tra gli addetti ai lavori "l'anti-Ritalin", pare essere utile per l'integrazione alimentare quotidiana negli stati di stress psico-fisico di qualsiasi grado e natura e nei soggetti che presentino sia agitazione ed iperattività che difficoltà di apprendimento. Ovviamente anche queste sostanze non sono immuni da rischi in caso di sovradosaggio, ed è quindi sempre consigliato assumerle sotto il controllo costante del proprio medico di fiducia. Il dott. Abram Hoffer - medico e ricercatore nonché collaboratore del Premio Nobel per la biochimica prof. Linus Pauling - nel suo libro "Curare i disturbi dell'attenzione e del comportamento dei bambini" ha analizzato oltre 2.000 casi di studio condotti in Canada, con riguardo alla dieta ottimale per trattare e prevenire i disordini dell'attenzione, dell'apprendimento e del comportamento, che dalle evidenze sperimentali risultano spesso connessi ad intossicazioni, metalli pesanti, sostanze chimiche e deficit vitaminici. Hoffer ha studiato un valido modello scientifico e terapeutico di medicina ortomolecolare, che si è dimostrato efficace anche in molti disturbi di carattere psichiatrico, come confermano anche i giovani pazienti ed i loro genitori. In definitiva, la psichiatria organicista pare avere troppo sovente un approccio del tipo "ticking box", ovvero fa diagnosi compilando ossessivamente questionari: c'è sempre meno tempo, manca una preparazione professionale adeguata ed il risultato è puntualmente la ricetta con il farmaco psicoattivo, prassi che evidenzia una stupefacente capacità di banalizzare problemi spesse volte ben più complessi. Il risultato sul piano pratico e che poi i veri problemi alla base del disagio o del disturbo del comportamento del bambino - invero identificabili, se osservati con lucidità professionale, onestà intellettuale e buona fede - non vengono tracciati e rimangono latenti e non trattati adeguatamente.



Molte altre restano certamente le proposte utili da esplorare: pur come abbiamo scritto non essendo in alcun modo lo scopo di “Giù le Mani dai Bambini”® quello di suggerire l’una o l’altra soluzione come intervento d’elezione per contrastare casi di bambini con comportamenti “fuori dalla norma”, ci è parso necessario citare questi pratici esempi per sfatare il mito secondo il quale l’unica soluzione efficace per risolvere queste problematiche comportamentali - e migliorare la qualità della vita del bambino, e di conseguenza dell’intera famiglia, sia quella che prevede la somministrazione - spesso indiscriminata e disinvolta - di psicofarmaci. Alla luce di ciò, chi sostiene che le sostanze psicoattive di sintesi chimica siano l’unica soluzione scientificamente certificata e degna d’attenzione, e declassa altri percorsi terapeutici a mere “chiacchiere da bar”, ha un approccio non genuino al problema, per ignoranza o per malafede.

Anche le strategie comportamentali possono rivelarsi utilissime: vediamo come.

La lista che segue è frutto dell’armonizzazione a cura del nostro staff di due noti riferimenti per specialisti, "La sindrome di Pierino: il controllo dell’iperattività", del dott. Daniele Fedeli, docente di Psicopatologia Clinica dell’Università di Udine, e "How to operate an ADHD clinic or subspecialty practice", di: M. Gordon - GSI Publications. Si tratta di alcune facili regole pratiche per la gestione in classe ed a casa di bimbi irrequieti e disattenti...

1) AIUTAMI A FOCALIZZARE L’ATTENZIONE SU DI TE

Considera il mio “modo” di entrare in contatto con l’ambiente: ho bisogno di movimento, gesti e mani alzate!

2) PERCHE’ TUTTE QUESTE REGOLE?

Le regole vanno commisurate alle mie possibilità: poche regole e molto chiare

3) MI SPIEGHI COSA DEVO FARE?

Mi devi descrivere - di volta in volta e con molta linearità - il comportamento od il risultato che ti aspetti da me

4) SEI TROPPO COMPLICATO

I messaggi vanno formulati in maniera molto diretta, senza “giri di parole”... sennò mi confondo!

5) PERCHE QUANDO MI PARLI NON TI FAI SENTIRE?

Devi mostrarmi come un compito va eseguito, dandomi delle istruzioni con voce chiara. Per me è utile ripetere le Tue istruzioni, esprimendole ad alta voce, finché non avrò interiorizzato la sequenza.

6) MI DICI TROPPE COSE TUTTE ASSIEME

I messaggi vanno trasmessi uno per volta, altrimenti io li “cumulo” e poi

me li dimentico! Se tu “segmenti” i comportamenti in una sequenza operativa (“...ora prendo il libro, cerco la pagina, la leggo tutta senza interruzioni...”), per me è tutto più facile. Se poi i compiti sono troppo lunghi o complessi... spezzettali in parti più piccole! Così mantengo la capacità d’attenzione ed il controllo sull’obiettivo da raggiungere.

7) NON L’HO DIMENTICATO... È SOLO CHE NON L’HO SENTITO LA PRIMA VOLTA!

Dammi le indicazioni un passo alla volta e chiedimi che cosa penso che tu abbia detto, e se non capisco subito... ripetimelo usando parole diverse!

8) SONO NEI GUAI, NON RIESCO A FARLO

Offrimi delle alternative alla soluzione dei problemi: aiutami ad usare una strada secondaria se la principale è bloccata.

9) HO QUASI FINITO ADESSO?

Dammi dei periodi di lavoro brevi, con obiettivi a breve termine.

10) HO BISOGNO DI SAPERE COSA VIENE DOPO

Dammi un ambiente in cui ci sia una routine costante, ed avvertimi se ci saranno dei cambiamenti.

11) SE NON TI DO RETTA... È PERCHÈ MI ANNOIO!

Io mi stanco facilmente, mi annoio, e peggioro nettamente in situazioni poco motivanti. Stabilire una “routine”, gestendo senza sorprese le varie fasi della giornata non deve significare “appiattare i contenuti” della giornata stessa!

12) MI REGALI UN PAUSA?

In effetti, nessuno meglio di me sa come mi sento io. Quindi, se in extremis ti chiedo un momento di pausa per guardarmi attorno e mettermi in comunicazione con l’ambiente che mi circonda, stabiliamolo assieme, ma non me lo negare...

13) SE HO FATTO BENE DIMMELO SUBITO

Dammi un feedback “nutriente” ed immediato su quello che sto facendo e ricordami (e ricordati!) delle mie qualità, specialmente nelle giornate negative!

14) È SEMPRE TUTTO SBAGLIATO?

Premiami anche solo per un successo parziale, non solo per la perfezione.

15) NON MI PUNIRE DURAMENTE SE FACCIO QUALCOSA CHE NON VA BENE PER TE...

Quando disturbo o mi oppongo, le punizioni dure servono a poco: così avviamo un’escalation senza fine!

16) ...E SE FACCIO BENE DAMMI UN PREMIO!

Se mi gratifichi o mi fai pagare un simbolico “prezzo” per i miei comportamenti, mi incentivi ad autocorreggermi! (gli adulti lo chiamano “autocontrollo cognitivo”)

17) DISORDINE CHIAMA DISORDINE

Certo che se l’ambiente nel quale mi fai lavorare mi distrae di per se...



possiamo eliminare tutte queste distrazioni? Per esempio, quando si fanno i compiti, fammi tenere sul tavolo solo ciò che è realmente indispensabile...

18) **NON SAPEVO CHE NON ERO AL MIO POSTO**

Ricordami di “ascoltarmi”, di ascoltare le mie emozioni, e ricordami di pensare prima di agire. Se imparo a “mettere del tempo” tra il pensiero e l’azione... farò meno disastri!

19) **SE ASCOLTO, VERRÒ ASCOLTATO**

Mi insegni anche a coltivare la capacità di ascoltare gli altri? Aiutami a capire che se non ascolto difficilmente verrò ascoltato quando ne avrò bisogno. Così imparerò a comprendere i sentimenti altrui, e quindi - di riflesso - i miei.

20) **MI INSENGI A FARMI VOLER BENE?**

Dimmi cosa è adeguato per Voi adulti, come posso chiedere qualche cosa senza essere aggressivo, come posso risolvere un conflitto, come posso conversare senza interrompere sempre l'interlocutore. Se facciamo delle “simulazioni” io e Te da soli, per me sarà tutto più facile quando mi capiterà veramente!

21) **PREVENIRE E MEGLIO CHE REPRIMERE**

Prima di portarmi in ambienti in cui posso scatenarmi con comportamenti troppo agitati (come le feste di compleanno!), ricordami come mi dovrò comportare... ed intervieni subito quando capisci che sto per perdere il controllo di me.

22) **OGNI AZIONE HA UNA REAZIONE**

Se mi fai comprendere bene che ogni mia azione avrà poi una reazione, da parte dell’ambiente e delle persone, mi aiuterai molto. Fammi esempi a me vicini e facilmente comprensibili, anche mediante il gioco degli opposti (“se maltratto il gatto, il gatto mi graffia”, “se aiuto il cane, il cane mi vorrà bene” etc.)

23) **MA IO NON VALGO NULLA?**

Spesso ho un basso senso di autostima e mi sento “un fallimento”: mi puoi valorizzare nei miei aspetti positivi, sostenendomi ed incoraggiandomi? Fammi percepire la Tua fiducia in me, per favore...

24) **IO “SONO COME MI COMPORTO”??**

Io non sono “sbagliato”. È pericoloso e dannoso confondermi con i miei comportamenti, perché così divento “totale effetto” di essi e non posso più intervenire per modificarli/risolverli. Ciò che c’è di “sbagliato” non sono io, ma il modo in cui mi comporto: fammi comprendere che io posso sempre decidere di far qualcosa di concreto per impegnarmi a migliorare!

APPENDICE: I NUMERI E LE STATISTICHE NAZIONALI E INTERNAZIONALI SUL FENOMENO



"I contenuti di Giù le Mani dai Bambini mi hanno stimolato questa riflessione: non mi stupisco se, di fronte a un bambino vivace e turbolento si possa pensare alla somministrazione di uno psicofarmaco, perché l'emergenza pare quella di "normalizzare" una situazione "difficile". Ma noi risuliamo "misteri" a noi stessi, figuriamoci se possiamo comprendere un bambino! Integrare la diversità costa fatica, è più semplice cercare di "normalizzare" la diversità. Ed io che mi sento "diversa" fin da bambina!"
(Anna Oxa, cantante)

73.043.500, il numero di bambini ed adolescenti (0-18 anni) censiti negli Stati Uniti
(fonte: U.S. Census Bureau)

11.000.000, i minori che ogni anno utilizzano farmaci psicoattivi (per tutte le patologie) nei soli Stati Uniti
(fonte: NIMH, Nexus, Los Angeles Times)

20.000.000, il numero di ricette compilate in USA ogni anno per la somministrazione dei soli psicofarmaci di tipo stimolante ai bambini
(fonte: British Medical Journal, Nexus)

10%, la percentuale della popolazione infantile USA che soffrirebbe dell'ADHD, Sindrome da Iperattività e Deficit di Attenzione
(fonte: International Narcotics Control Board, OMS)

27% - 6%, la differente incidenza percentuale dei disturbi del comportamento in USA rispettivamente nei minori delle classi sociali a basso reddito e nei minori delle classi sociali agiate
(fonte: NIMH, USA)

2,1 miliardi di dollari, il giro d'affari per la vendita di psicofarmaci stimolanti per bambini nei soli Stati Uniti
(fonte: DEA USA, non sono resi noti dati consolidati su scala planetaria per tutti i paesi e per tutte le molecole)



100%, l'incremento del consumo di psicofarmaci per l'iperattività in oltre 50 paesi, tra i quali Belgio, Germania, Inghilterra, Olanda, Islanda, Irlanda, Norvegia e Spagna

(fonte: International Narcotic Control Board - ONU)

3, il numero di mesi dopo i quali sono state rilevate alterazioni genetiche (triplicate le anomalie cromosomiche) nei bambini sottoposti a terapia a base di farmaci stimolanti per l'ADHD

(fonte: Università del Texas)

12%, la percentuale di bambini che avevano già assunto una pastiglia di psicofarmaco all'inizio delle scuole elementari nella vicina Francia

(fonte: Ministero de la Santé, ricerca pubblicata su Canadian Journal of Psychiatric vol. 43)

10.440.500, i minori da 0 a 18 anni in Italia

(fonte: ISTAT)

8.103.000, i minori in età pediatrica in Italia (0-14 anni)

(fonte: ISTAT)

9,1%, la percentuale di minori in età pediatrica che soffrirebbero di disagi o turbe mentali (tutte le patologie) secondo i risultati del progetto di screening "PRISMA"

(fonte: Ministero per la Salute)

737.000, il numero di minori in età pediatrica che soffrirebbero di disagi o turbe mentali (tutte le patologie) secondo i risultati del progetto di screening "PRISMA"

(fonte: Ministero per la Salute)

2%, la percentuale di minori in età pediatrica che soffrirebbero di iperattività e deficit di attenzione secondo i risultati del progetto di screening "PRISMA"

(fonte: Ministero per la Salute)

162.000, il numero di minori in età pediatrica che soffrirebbero di iperattività e deficit di attenzione secondo i risultati del progetto di screening "PRISMA"

(fonte: Ministero per la Salute)

4% ed oltre, la percentuale di minori italiani che soffrirebbero di iperattività e deficit di attenzione secondo le associazioni scientifiche di impostazione più organicista

(fonte: Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, Kataweb)

11, le molecole antidepressive in uso in età pediatrica la cui somministrazione è stata interdetta in quanto ispiravano idee suicidarie (induzione al suicidio) nei bambini

(fonte: EMEA, Agenzia Europea per il Farmaco)

da 30.000 a 60.000, i bambini italiani che ogni giorno assumono psicofarmaci, alcuni dei quali inducono al suicidio secondo i più recenti "warning" dagli USA

(fonte: Istituto Mario Negri di Milano, ufficio studi Giù le Mani dai Bambini)

1 anno, il ritardo del Ministero della Salute italiano nel dare riscontro ai primi "warning" USA sulla somministrazione ai minori di molecole antidepressive che inducono al suicidio

(fonte: Campagna Giù le Mani dai Bambini)

25%, il numero di giovani pazienti che hanno dimostrato dipendenza (difficoltà ad interrompere l'assunzione) di molecole antidepressive

(fonte: Ufficio studi Glaxo)

8 anni, l'età a partire dalla quale anche nel nostro paese - viene somministrato l'antidepressivo Prozac ai bambini

(fonte: EMEA)

300, il numero di autorevoli ricerche scientifiche universitarie già tradotte in italiano a cura di GiuleManidaiBambini, che mettono in allarme circa i rischi della somministrazione di psicofarmaci ai minori e che sono ignorate dalle autorità nazionali di controllo

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, sezione Ricerca Scientifica)

20, uno per ogni regione, il numero dei Centri regionali per la somministrazione di psicofarmaci ai minori che il Ministero della Salute aveva in progetto di attivare sul territorio italiano

(fonte: Istituto Superiore di Sanità, Ministero per la Salute)

112, il numero di Centri Regionali per la somministrazione ai bambini di psicofarmaci stimolanti che in realtà sono stati autorizzati in Italia

(fonte: Istituto Superiore di Sanità, Ministero per la Salute)

1, il registro nazionale dove verranno schedati i bimbi in terapia a base di psicofarmaci

(fonte: Istituto Superiore di Sanità, Ministero per la Salute)

100%, la percentuale dei bambini iscritti sul registro nazionale ADHD che assume psicofarmaci

(fonte: rapporto Istituto Superiore di Sanità, "Registro Nazionale ADHD: 1° anno di attività")



260.000, in quotidiano aumento, il numero di "addetti ai lavori" (psicologi, psichiatri, pedagogisti, pediatri etc) che sostengono le tesi scientifiche della nostra Campagna, personalmente o collettivamente per il tramite delle rispettive associazioni professionali e di categoria.

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, sezione Consensus ADHD, lista sottoscrittori)

385, in quotidiano aumento, il numero di specialisti ed accademici che hanno già sottoscritto l'appello alla prudenza lanciato a febbraio 2005 dalla nostra Campagna

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, sezione Consensus ADHD, lista sottoscrittori)

85, il numero di specialisti che hanno sottoscritto un precedente appello (anno 2003) di orientamento opposto al nostro, ovvero a favore della somministrazione di psicofarmaci ai minori

(fonte: Istituto Superiore di Sanità, AIFA)

24, il numero delle nazioni estere dalle quali sono pervenute lettere di sostegno scritte da parte di specialisti che approvano e sostengono la nostra opera di farmacovigilanza

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, sezione Consensus ADHD, lista sottoscrittori)

34, i membri del nostro Comitato Scientifico permanente, tutti autorevoli accademici e specialisti che prestano gratuitamente la propria opera

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, sezione La Campagna, area Comitato Scientifico)

700.000, il numero delle pubblicazioni informative marchiate GiuleManidaiBambini distribuite gratuitamente in tutta Italia

(fonte: portavoce GiuleManidaiBambini)

220, il numero di enti - università, ordini dei medici, associazioni, etc - che sono consorziati nel nostro Comitato

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, area Promotori)

1.450, in costante aumento, il numero dei collaboratori che con il proprio impegno supportano attivamente ed operativamente la Campagna

(fonte: portale www.giulemanidaibambini.org, area Collaboratori, il numero dei semplici sostenitori non è censito ed è indefinibile)

800%, la percentuale di incremento statistico negli accessi quotidiani al portale www.giulemanidaibambini.org dal primo giorno ad oggi, il portale è

il più visitato in Italia su queste tematiche
(fonte: eRing.IT, web technical support)

27.000.000, in costante aumento, il numero di contatti registrati sul portale www.giulemanidaibambini.org nei primi 48 mesi di attività
(fonte: eRing.IT, web technical support)

75, il numero delle personalità del mondo dello spettacolo che hanno accettato di "mettersi in gioco" come "testimonial" di questa battaglia, dal compianto Ray Charles che aderì poco prima di mancare, a Beppe Grillo, da Linus di Radio DJ a Renzo Arbore, e molti altri
(fonte: portavoce GiuleManidaiBambini, portale www.giulemanidaibambini.org sezione Testimonial)



“Conosco bene il problema, perché prima di fare l'attore ho a lungo esercitato come medico farmacista: c'è un disegno, in America come in Italia, per ampliare il mercato della somministrazione di psicofarmaci ai bambini. Anch'io avevo problemi da piccolo, mi buttavano fuori dalla classe, facevo il verso ai professori, ero perennemente distratto e prendevo sempre note, ma non ero 'malato'. Ora posso dire che, proprio perché non sono mai stato sedato con queste pillole, mi sono realizzato come attore. So quello che faccio quando dico: 'Giù le Mani dai Bambini!'”

(Marco Marzocca, attore)



PER CONCLUDERE...

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

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

Non possiamo tuttavia pensare di rispondere ad un problema così complesso e discusso con un semplice slogan. Ecco quindi lo strumento del nostro portale internet - che si avvale del contributo di un Comitato Scientifico e di un Comitato Etico, composti entrambi da esperti qualificati - al quale potete accedere in totale anonimato e sempre gratuitamente.

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



DONAZIONI

Puoi sempre sostenerci con donazioni fiscalmente detraibili:

- a mezzo bonifico bancario intestato a:
Comitato GiùleManidaiBambini ONLUS
codice fiscale n° 97650080019
Coordinate bancarie IBAN: IT06Z0326801001053859331540
- a mezzo bollettino sul c/c Postale n° 67674511
intestato a: Comitato Giù Le Mani Dai Bambini ONLUS
C.so Bramante, 88 - 10100 Torino c/o URP ASO S.Giovanni Battista
- Per altre modalità, inclusa una donazione on-line in modalità sicura direttamente con la carta di credito, vedi:
www.giulemanidaibambini.org/denaro.html

CONTATTI

Ti invitiamo a raccogliere la maggior quantità di informazioni possibile anche tramite il nostro portale internet www.giulemanidaibambini.org.

Per ogni dubbio o segnalazione, la nostra struttura resta a Tua disposizione con medici ed esperti. Puoi anche contattarci per offerte di collaborazione o sostegno.

Comitato GiùleManidaiBambini ONLUS
C.P. 589 - 10121 Torino
www.giulemanidaibambini.org
E-mail: info@giulemanidaibambini.org
fax: 011/19711233 (Segreteria h24)
Pronta reperibilità: 338/7478239

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- (1) Max, J. E., Arndt, S., Castillo, C. S., Bokura, H., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L. Jr., Sato, Y., & Mattheis, P. J. "Attention deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37)
- (2) Peterson B. S.: "Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34)
- (3) Zametkin, A. J., Ernst, IA., & Silver, R.: "Laboratory and diagnostic testing in child and adolescent psychiatry: a review of the past 10 years" (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37)
- (4) Carey William B., Clinical Professor of Pediatrics, University of Pennsylvania: "ADHD, la sindrome da deficit di attenzione con iperattività: gli interrogativi non risolti" (Civic Research Institute. 2002)
- (5) Manuale di Psichiatria, prof. dott. Guido Moglie, Università di Roma, Luigi Pozzi Editore, 1940
- (6) Manuale di Neurologia, prof. Fazio e prof. Loeb, Universo Edizioni, Roma
- (7) dott.ri Randa A. El-Zein, Matthew J. Hay, Mirtha S. Lopez, Melissa L. Bondy, Debra L. Morris, Sherif Z. Abdel-Rahman e Marvin S. Legator (University of Texas, Medical Branch)
- (8) dott. Cindy Brandon e dott. Frank White, Chicago Medical School
- (9) dott. Susan Andersen ed altri, Mc Leal Hospital
- (10) dott. Mendes e dott. Anderson, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Miami (USA)
- (11) dott. sa Nadine Lambert e dott. sa Carolyn Hartsoungh, Journal of Learning Disabilities
- (12) dott. Carlos Bolanos, dott. Michel Barrot, dott. Oliver Berton, dott. Deanna Wallace Black, dott. Eric Nestler ed altri, Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze dell'Università del Texas
- (13) National Institute on Drug Abuse (NIDA), Stati Uniti
- (14) dott. Bryan Kolb ed altri colleghi dell'Università di Lethbridge in Canada e dott. Terry Robinson e colleghi dell'Università del Michigan in USA, ricerca finanziata dal National Institute on Drug Abuse (USA)
- (15) dott. ri Chase, Brown, Carrey e Wilkinson del Dipartimento di Fisiologia e Biopsichiatria dell'Università di Halifax (Canada)
- (16) dott.ri Moll, Hause, Ruther, Rothenberger ed Huether, del Dipartimento di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Gottingen (Germania)
- (17) dott.ri Henderson e Fischer, The American Journal of Cardiovascular Pathology
- (18) dott. Lisska e dott. Rivkees, Dipartimento di Pediatria della Scuola di Medicina dell'Università di Yale (USA)
- (19) dott. Poulton e dott. Cowell, Dipartimento di Pediatria del Nepean Hospital, Australia
- (20) dott.ri Holtkamp, Peters Wallraf, Wuller, Pfaaffle ed Herpertz Dahlmann, del Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Aachen (Germania)
- (21) dott. Rapoport e dott. Inoff, Divisione di Psichiatria dell'Infanzia del National Institute of Mental Health (USA)
- (22) dott.ri Montiel Nava, Pena, Espina Marines, Ferrer-Hernandez, Lopez-Rubio, Puertas Sanchez e Cardozo Duran, Università di Maracaibo, (Venezuela)

- (23) dott. ri Frolich, Dopfner, Berner e Lehmkuhl, Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatric
- (24) diversi protocolli diagnostici e di intervento su bambini iperattivi sono stati applicati nel nostro paese, specie a cura di pedagogisti clinici, ma non solo. Gli esiti di questi interventi, positivi anche in assenza di supporto farmacologico, sono in fase di compilazione e verranno pubblicati non appena disponibili
- (25) prof. Irving Kirsch, University of Connecticut; dott. Thomas J. Moore, The George Washington University School of Public Health and Health Services; prof. Alan Scoboria e prof. ssa Sarah S. Nicholls, University of Connecticut; The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted, U.S. Food and Drug Administration; Prevention & Treatment, Volume 5, Article 23, 15/07/2002
- (26) prof. Jane Garland, ordinaria di Psichiatria Clinica all'Università di British Columbia (Canada)
- (27) Prof. Irving Kirsch del dipartimento di psicologia dell'Università inglese di Hull, pubblicata su Public Library of Science (PloS)
- (28) prof. Giovanni A. Fava, ordinario di Psicofisiologia clinica presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e Clinical Professor of Psychiatry alla State University di New York, "Conflitto di interesse e gruppi di interesse speciale. Il farsi di una contro-cultura", Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 70, n. 1, gennaio-febbraio 2001
- (29) prof. Agostino Pirella, ordinario di Psichiatria alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino - Convegno Internazionale "Farmaci e Salute Mentale", Comune di Roma ed Istituto Superiore di Sanità.

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



Un particolare ringraziamento per la grande sensibilità dimostrata va rivolto a tutte le personalità - specie del mondo dello spettacolo, ma non solo - che hanno aderito a questa Campagna, sostenendola con la gratuita concessione della propria immagine, nonché ai medici, psicologi, esperti ed ai volontari ospedalieri che con il proprio quotidiano impegno ne permettono la realizzazione.

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

Copyright © 2009 Comitato "Giù le Mani dai Bambini Onlus".
È sempre possibile utilizzare questi materiali liberamente, ma citando obbligatoriamente la fonte.



ONLUS
www.giulemanidaibambini.org

Campagna Nazionale di sensibilizzazione contro l'abuso nella prescrizione di psicofarmaci in età pediatrica

Comitato promotore composto da oltre 220 enti ed associazioni fra cui:



Con il patrocinio dei Comuni di Agrigento, Arezzo, Ascoli Piceno, Asti, Belluno, Biella, Bologna, Brescia, Brindisi, Caserta, Chieti, Cremona, Cuneo, Ferrara, Firenze, Gorizia, Imperia, Lecce, Modena, Novara, Palermo, Pavia, Pescara, Perugia, Piacenza, Pisa, Ravenna, Rimini, Sassari, Savona, Siena, Terni, Trieste, Trapani, Udine, Urbino, Venezia, Verbania

www.giulemanidaibambini.org - info@giulemanidaibambini.org
Comitato GiuleManidaiBambini ONLUS - c.p. 589 - 10121 Torino
Tel./Fax: 011.19711233 (Segreteria h/24)