

## BAMBINI DENTRO

### **REPORTAGE**

***Violenti. Distruttivi. Fuori controllo. Arrivano qui e per qualche giorno vengono sedati con qualunque mezzo. Siamo entrati nel Madison 6, il reparto shock del Mount Sinai di New York, dove i pazienti più piccoli hanno solo cinque anni.***

Il reparto di Psichiatria pediatrica dell'ospedale Mount Sinai, New York, ha un nome in codice, "Madison 6" (occupa il sesto piano di un edificio sulla Madison Avenue di Manhattan). È solo uno dei molti codici in uso a questo piano: "frequent flyers" sono i pazienti recidivi, quelli che tornano spesso a "volare" in corsia. "Time out" è il periodo di confino in stanza o negli "open quiet space" (salottini dove non si parla), riservato ai pazienti in crisi aggressiva.

Un gergo che può suonare cinico: in realtà riflette la passione, molto americana, per la sintesi linguistica e, soprattutto, la necessità di arginare il coinvolgimento emotivo. Non è facile: i pazienti qui hanno dai 5 ai 18 anni. Su una delle porte a combinazione elettronica c'è un disegno di Frankenstein (non è macabro umorismo, l'ha fatto uno dei pazienti per Halloween) e un avviso che mette in guardia contro il pericolo di fuga. Questo è un reparto a breve-media degenza, una sorta di prima linea di intervento: i pazienti rimangono per 2-3 settimane e vengono stabilizzati. Un servizio che negli Usa viene richiesto sempre più spesso, tanto che alcuni si chiedono se proprio tutti i casi che arrivano in reparti come questo siano da ricovero.

«Abbiamo 23 letti e trattiamo casi di schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo da deficit di attenzione e iperattività», spiega lo psichiatra Zvi Weisstuch, Clinical instructor e Associate director del reparto. La maggior parte è ispanica o afroamericana («il nostro bacino di utenza sono famiglie di ceto medio-basso, figli di genitori single, ragazzi in affido»).

Alcuni sono vittime di abuso. Sovente mostrano tendenze suicide. Weisstuch riferisce uno scambio di battute recente: uno dei piccoli fantasticava di buttarsi dalla finestra. «Cosa succederebbe se lo facessi?», gli ha chiesto Weisstuch. «Mi schianterei al suolo (il piccolo usa il termine splatter, spappolarsi, ndr) e andrei in Paradiso». «E dopo il Paradiso?».

«Oh, rinascerei». «È chiaro che il concetto di morte per i piccoli è qualcosa di astratto», dice lo psichiatra. «Le tendenze autodistruttive ci preoccupano di più nei teenager». È per questo che, nelle stanze, poster e disegni sono ammessi, ma non le cornici. «È successo che le usassero per tagliarsi». Ogni tanto un paziente picchia la testa contro il muro, e distribuisce morsi e calci al personale sanitario. «Allora scatta la procedura di de-escalation: prima cerchiamo di calmarli a voce; poi, imponiamo il time out; il passo successivo è la sedazione farmacologica; nei casi estremi, l'immobilizzazione con cinghie di contenimento, solitamente in barella».

Quest'ultima manovra viene considerata di emergenza e, come tale, non necessita del permesso del custode legale, ma deve essere autorizzata da un medico e può durare solo per un numero limitato di ore, sotto costante monitoraggio.

Oggi, per fortuna, c'è quiete nei corridoi e dietro le porte chiuse. Le stanze sono singole (per i piccoli che hanno subito violenza sessuale e tutti i teenager) o doppie, con pareti in tinte spente, come del resto tutto l'ospedale. Nei corridoi, disegni colorati, tavolini bassi e il ronzio dei

monitor della postazione-infermiere. Un bambino siede da solo, assorto, in jeans e maglietta: solo chi è a rischio di fuga indossa il pigiama ospedaliero. «Possono stare in gruppo, purché sotto sorveglianza; ai pasti, ricevono le visite dei familiari; possono telefonare a casa. Chi si comporta bene riceve un bonus, come un'estensione dei privilegi telefonici o il permesso di andare ai distributori di caramelle del piano di sotto».

Insomma, il problema sembra essere non tanto come vengono trattati i ragazzi del Madison 6, quanto come ci arrivano. Nel censimento Mental health Usa 2002 del Samhsa (Substance abuse and mental health services administration), si legge che, nel 1997, il numero dei minori di 18 anni trattati come outpatient, pazienti esterni, era superiore a quello degli inpatient, pazienti trattati in regime ospedaliero o in strutture residenziali con personale qualificato (963 mila contro 286 mila). Gli inpatient, tuttavia, erano aumentati più velocemente degli outpatient: +142,7% contro +64,6%, dal 1986 al 1997. Tra gli inpatient, inoltre, erano molto diffusi casi di comportamento aggressivo e delinquenziale.

Weisstuch racconta che, al suo reparto, arrivano casi di disturbo "di condotta" e "oppositivo". «Per esempio, il bambino che tira una sedia all'insegnante, l'adolescente che attacca un agente della sicurezza». Ma è necessario ricoverarli?

«Ne parlavo con un collega proprio l'altro giorno. Riflettevamo che ormai ce li portano per ogni piccola cosa». Dice lo psicologo Raymond Crowel, vicepresidente del Mental health and substance abuse services della National mental health association: «Non tutti i violenti e gli aggressivi che arrivano al Sinai finiscono con una diagnosi di patologia».

Detto questo, è vero che negli ultimi 5-10 anni il numero dei ragazzini raccolto dai Mental health services americani è molto aumentato, comprendendo casi che un tempo non sarebbero stati rilevati». I motivi di questo eccesso di ospedalizzazione, per Crowel e Weisstuch, sono soprattutto tre.

«Intanto, il potenziamento dello screening (nell'estate 2004 Bush ha cominciato a implementare un discusso piano sanitario

che, tra l'altro, raccomanda lo screening psicologico dei giovani in età prescolare e scolare, ndr): da una parte permette di accorgersi in anticipo se qualcosa non va, dall'altra rischia di ... strafare», dice Crowel. Pesano anche fattori sociologici. «Siamo un popolo traumatizzato da episodi come il massacro del liceo di Columbine: abbiamo tolleranza zero per prepotenti, disobbedienti e reattivi. Gli studenti che alzano la cresta vengono sospesi o espulsi per nulla, anche perché gli insegnanti hanno le mani legate: nessuno si sognerebbe di dare un ceffone a uno scolaro».

Weisstuch e Crowel citano, poi, fattori economici, «amministrazioni ospedaliere che puntano a riempire i letti e assicurazioni

che rimborsano malvolentieri degenze troppo lunghe». Così si balla a un ritmo frenetico, tanti pazienti con un ricambio veloce. Riflette Crowel: «L'ideale per molti ragazzi è il reparto. Meglio il trattamento in regimi flessibili, con terapia farmacologica e comportamentale, da seguire tra casa e strutture residenziali dedicate; peccato che per queste iniziative manchino i fondi». Esiste anche un problema sociale: secondo il censimento del Samhsa, neri e ispanici sono le categorie in cui l'ospedalizzazione è cresciuta più in fretta. «Molti dei nostri bambini sono qui proprio perché, a casa, nessuno se ne voleva o poteva occupare», dice Weisstuch. «Dobbiamo stupirci se, alla dimissione, molti custodi legali non sono in grado di portare avanti la nostra opera di recupero? Trattare con i genitori è quasi sempre un problema. I pazienti, invece, sono divertenti, svegli e innocenti. I pazienti sono fantastici».

## **Pillole ai piccoli. Anche in Italia**

11 milioni i bambini statunitensi che ogni anno assumono psicofarmaci.

20 milioni le ricette compilate ogni anno solo per gli psicofarmaci di tipo stimolante; per esempio il Ritalin, per la sindrome da iperattività e da deficit dell'attenzione (Adhd).

2 miliardi di dollari all'anno il giro d'affari per la vendita del metilfenidato, il principio attivo del Ritalin, solo negli Stati Uniti.

730 mila i bambini italiani che soffrirebbero di disagi o disturbi psichiatrici o psicologici, secondo i dati del progetto di screening Prisma 2004 (fonte: Ministero della Salute).

tra 170 mila e 340 mila quelli affetti da Adhd, secondo i dati del progetto Prisma e della Società italiana di neuropsichiatria infantile.

30 mila i bambini italiani che ogni giorno assumono farmaci antidepressivi vietati dall'Agenzia europea del farmaco,

perché a rischio di indurre al suicidio (fonte: Istituto Mario Negri).

12% la percentuale di bambini francesi che assumono psicofarmaci al momento dell'ingresso nella scuola elementare.

**di Laura Lazzaroni Foto di Timothy Fadek**

**(Fonte: D la Repubblica delle Donne n.484 del 28/01/2006)**

## **IL GRANDE BUSINESS DEGLI PSICOFARMACI UNDER 18**

Aliah Gleason, 13 anni, è la seconda figlia di una coppia afroamericana che vive in un sobborgo di Austin, Texas. Fino a poco tempo fa era una normale studentessa delle medie, giusto un po' vivace. Ma un giorno ha preso di mira un'insegnante baffuta e l'ha derisa in pubblico. Risposta delle autorità scolastiche: Aliah è stata etichettata come malata di un "disturbo oppositivo" e relegata in una classe speciale, dove è rimasta fino all'arrivo degli psicologi dell'università del Texas che periodicamente scandagliano le scuole di periferia alla ricerca di adolescenti a disagio.

Alla ragazza è stato diagnosticato un alto rischio di suicidio. Nel gennaio 2004, un'assistente sociale ha convocato il padre di Aliah a scuola, e gli ha proposto di farla assistere all'Austin State Hospital, un ospedale psichiatrico che si occupa anche di adolescenti. Al suo rifiuto, ha fatto scattare il ricovero coatto. È così che è cominciato l'inferno di Aliah. Nel corso di cinque

mesi è stata messa in isolamento 26 volte e ha dovuto assumere 12 psicofarmaci diversi, senza

il consenso dei genitori: cinque antidepressivi, un ansiolitico, due antiepilettici (e Aliah non ha mai sofferto di epilessia), tre antipsicotici (di cui due di nuova generazione) e un farmaco per la malattia di Parkinson, usato anche per limitare gli effetti collaterali degli antipsicotici. Solo nel giugno del 2004, Aliah ha potuto vedere di nuovo i Gleason che, in ottobre, ne hanno riottenuto la custodia legale.

Adesso la ragazza, come ha detto al bimestrale Usa Mother Jones, è in cura da uno psicologo che si è scelta da sé, ha sospeso tutte le terapie e sta cercando di tornare alla vita di un tempo. Deve anche perdere decine di chili, guadagnati "grazie" agli antipsicotici in dosi da cavallo.

La storia di Aliah Gleason non è straordinaria per il Texas, anzi. Nell'estate 2004, ad altri 19.404 adolescenti dello Stato sono stati somministrati forzatamente antipsicotici, che hanno come indicazione principale la schizofrenia. E il 98% di loro ha ricevuto gli

*Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)*

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

antipsicotici atipici, quelli, cioè, di ultima generazione: mai approvati per l'uso pediatrico e spesso prescritti off label, cioè per condizioni diverse da quelle per cui sono registrati.

Ma, soprattutto, farmaci molto costosi, almeno dieci volte i vecchi. Ad Aliah e agli altri 19.404, gli antipsicotici atipici sono stati prescritti secondo le linee guida Tmap (Texas Medication Algorithm Project), adottate nel 1997 e imposte all'assicurazione statale Texas Medicaid, che copre l'assistenza sanitaria della popolazione povera. E, guarda caso, proprio dal 1997 a oggi i ricavi delle industrie per questi medicinali agli assistiti della Texas Medicaid sono schizzati da 28 a 177 milioni di dollari.

Difficile non intravedere la pressione delle aziende produttrici dietro il Tmap, soprattutto sapendo l'origine dei fondi del dipartimento texano per i servizi sanitari pubblici (il Texas Dshs, Department of State Health Services), in particolare quelli con cui si è finanziata la realizzazione delle linee guida. Il meccanismo che ha trasformato i ragazzini come Aliah in galline dalle uova d'oro, dunque, è finalizzato ad allargare il mercato di un farmaco particolarmente remunerativo.

Tra tre o quattro anni il brevetto degli antipsicotici atipici scadrà; allora, si scriveranno altre linee guida e si scoveranno altre Aliah a cui dare i nuovi farmaci, ancora più costosi di quelli attuali. E pazienza se non sono stati approvati per l'uso pediatrico, se non se ne conosce l'efficacia né i danni che potrebbero provocare a un organismo in crescita. Dopo il Texas, altri nove Stati hanno adottato linee guida simili alla Tmap. E poi, la commissione per la salute mentale di Bush ha lodato il protocollo texano e quelli a esso ispirati, auspicando l'estensione di programmi di prevenzione per adolescenti in tutte le scuole Usa.

Ma la storia di Aliah, appunto, è una storia americana: un'altra cultura, un altro mercato e soprattutto un altro sistema sanitario. In Italia - secondo Maurizio Bonati, responsabile del Laboratorio per la salute materno-infantile dell'Istituto Mario Negri di Milano - non corriamo grossi rischi di vedere diffondersi l'uso e l'abuso degli psicofarmaci nei bambini.

«Antidepressivi e antipsicotici non hanno indicazione pediatrica, e comunque sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

Perciò ogni prescrizione lascia una traccia di sé, il che rende la situazione sempre controllabile». Controllabile non significa controllata. Ma nel caso in cui si decidesse di studiare nel dettaglio la situazione, saremmo in grado di farlo. Poi, ogni prescrizione deve essere vincolata a uno specifico piano terapeutico, cioè giustificata dalla diagnosi e dal percorso di cure previsto dal medico.

Soprattutto, da noi non esiste un analogo del Texas Medicaid, ma un sistema sanitario a copertura universale, che assicura (o dovrebbe assicurare) le stesse cure per tutti. E la debolezza di Aliah stava proprio lì: nell'essere priva di un'assicurazione sanitaria privata che avrebbe potuto proteggerla da certi eccessi terapeutici, non foss'altro per questioni di convenienza economica.

Non è tutto. «In Italia», prosegue Bonati, «vige ancora un forte tabù nei confronti della malattia mentale. E finché dura, paradossalmente potrebbe difenderci dagli abusi che vediamo in America». Nel caso dei bambini, poi, l'opinione pubblica europea è particolarmente attenta e protettiva: anche nei Paesi dove gli psicofarmaci sono entrati nell'armadietto del pediatra da più di trent'anni (Germania, Gran Bretagna), gli abusi stile Usa non esistono. In Italia c'è stata una grande campagna contro l'ipotesi di commercializzare il Ritalin, farmaco destinato ai bambini iperattivi pericolosamente

diffuso oltreoceano. Certo, anche qui esistono prescrizioni off-label e medicinali acquistati in Svizzera e su Internet.

Però si tratta di piccoli numeri, almeno per ora e per certi farmaci.

Tutto quanto scritto finora a proposito dell'Italia vale sostanzialmente per antipsicotici e antidepressivi. Invece, nessuno può dire che cosa stia succedendo al mercato degli ansiolitici in generale, e delle benzodiazepine in particolare, somministrate senza troppi problemi a milioni di persone, tra cui una massa di ragazzini con generici disturbi del sonno o ansia da esame. Tanto che sono diventati i farmaci più venduti in Italia, dopo quelli da banco.

Delle ricette - anche supponendo che un giorno qualcuno decida di monitorare l'uso di psicofarmaci nei bambini - non resta traccia, perché i medicinali non vengono pagati dal Ssn.

Proprio per questo, le associazioni per la difesa dei bambini stanno lanciando l'allarme. «Negli Usa non si sono trovati con 11 milioni di minori sotto psicofarmaci da un momento all'altro», avverte Luca Poma, portavoce della campagna Giù le mani dai bambini, che raccoglie una quarantina di associazioni rappresentative di sei milioni di italiani. «Si è cominciato anche lì poco alla volta, una trentina di anni fa. E adesso la situazione è considerata normale». È vero che da noi le pressioni delle aziende farmaceutiche sono forse meno pesanti, e di certo non esiste una Texas Medicaid.

Ma non possiamo pensare di vivere in un Paese di anime candide. Molti dei medici che stilano le linee guida hanno rapporti con le industrie farmaceutiche, non sempre dichiarati apertamente. E le istituzioni non sono attente quanto dicono.

***di Romeo Bassoli e Silvia Bencivelli***

***(Fonte: D la Repubblica delle Donne n.484 del 28/01/2006)***