

La sindrome da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD): il CASO BOLOGNA.

Indice:

Introduzione

CAPITOLO 1

La nascita del bambino iperattivo e disattento: breve storia di una categoria medica.

CAPITOLO 2

Divergenze globali emergono nel locale: Il caso Bologna.

La situazione italiana: statistiche e registro.

Ritalin in Italia.

Gli schieramenti.

Il Progetto Salvagente.

Il Progetto Salvascuola.

Il Caso Bologna.

CAPITOLO 3

Dibattiti locali richiamano questioni globali.

Migrazione dalla asl di Bologna : le motivazioni di una scelta.

Psicodinamico contro Neurobiologico.

La psichiatria infantile e la pedagogia in Italia: ritardi o differenze?

La disfunzione organica come causa o conseguenza, il gap esplicativo delle neuroscienze ed altri antichi problemi irrisolti.

Il bambino deviante si ammala.

CAPITOLO 4

Il bambino maleducato.

Il bambino come categoria culturale recente.

L'iperattivo in classe.

Problema di performance scolastica?

Lo studente malato è una risorsa.

Dotati o malati? I bambini Indaco

Disagio individuale come riflesso di un problema culturale.

Conclusioni.

Introduzione

Il presente testo nasce da uno studio riguardante il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, nel testo: adhd) in relazione ad una complessa vicenda locale; il Caso Bologna.

Ad inizio febbraio del 2008, scoppia il Caso Bologna: a seguito della denuncia dell'associazione Giù le Mani dai Bambini la Procura della Repubblica di Bologna ha aperto un fascicolo informativo, dando incarico ai NAS di approfondire gli eventuali estremi di reato circa l'attività delle associazioni di genitori (Agap) che sollecitano l'uso di psicofarmaci per i bambini agitati e distratti e che "migrano" dalla propria ASL ad altre strutture alla ricerca di ricette più facili da ottenere.

L'interesse dello studio verte sull'analisi delle dinamiche processuali che hanno posto in essere il Caso Bologna, indagando le politiche relazionali tra gli attori sociali coinvolti in questo evento locale e contingente al già intenso ed esteso dibattito globale relativo alla sindrome ADHD.

Le interviste che ho realizzato sono per di più dirette agli operatori sanitari coinvolti dalle indagini, in particolare delle asl di Bologna e San Donà di Piave, le dirette interessate nel Caso Bologna.

Il clamore che ha seguito l'esplosione del Caso Bologna ha purtroppo reso problematico intervistare molte delle madri dei bambini coinvolti. Fondamentali sono stati i contributi di psicologi e dottori che hanno discusso della sindrome con inaspettata consapevolezza delle dinamiche che concorrono alla creazione e alla legittimazione della categoria diagnostica in questione.

Nonostante la crescente diffusione della popolarità della sindrome ADHD, fenomeno che ha avuto il suo epicentro in nord America per poi diffondersi nel contesto europeo, l'accettazione e la gestione di questa dibattuta categoria medica in Italia sta seguendo un suo percorso peculiare, che emerge dalle idiosincrasie nazionali e regionali della nostra penisola immerse nelle coordinate storiche attuali. In Italia il dibattito attorno al fenomeno adhd si è formato all'interno di modelli educativi, pratiche cliniche, atteggiamenti, tradizioni psichiatriche peculiari della nostra penisola.

Mancano ad oggi in ambito sociologico e antropologico studi che indaghino le diverse realtà nazionali e regionali del fenomeno ADHD, a maggior ragione in un paese come il nostro dove assistiamo ad una forte differenziazione a livello regionale delle realtà mediche e culturali coinvolte nel riconoscimento ed accettazione della sindrome come categoria medica.

Nel corso di questo breve trattato cercherò di esporre ed approfondire i principali fattori che hanno posto in essere l'acceso dibattito italiano sulla sindrome adhd, ragionando, insieme ai diretti interessati, sulle dinamiche alla base della genesi del Caso Bologna.

Vedremo come le polemiche e i contrasti emergenti da una situazione locale come il Caso Bologna riflettano le ben più vaste tematiche globali attualmente in corso riguardo la sindrome ADHD: il problema della tradizione psicodinamica rispetto a quella neurobiologica, il discusso utilizzo di psicofarmaci in età infantile, la necessità di prove organiche per la validità ontologica della patologia psichiatrica, il gap esplicativo delle neuroscienze, la medicalizzazione del comportamento deviante, il ruolo del bambino come recente categoria antropologica e tante altre prospettive emerse nel corso dei colloqui con gli attori sociali coinvolti dal Caso Bologna.

Uno degli scopi più rilevanti di questo breve studio è quello di mostrare come l'analisi di eventi significativi su scala locale, come la realtà di Bologna, possa essere utile nel comprendere che la gestione e l'utilizzo di una categoria diagnostica e del trattamento relativo possano prendere forma da specifici contesti culturali, attitudini e pratiche sociali proprie di un determinato paese.

CAPITOLO 1

La nascita del bambino iperattivo e disattento:
breve storia di una categoria medica.

“-Ma se voi sapete bene chi è Dio, perchè non ne parlate loro?- domandò il Selvaggio indignato.-
Perchè non date loro questi libri su Dio?-

-Per la stessa ragione per cui non diamo loro Otello: sono vecchi, rispetto a Dio sono indietro cento
anni. Non è il Dio d'adesso.-

-Ma Dio non muta.-

-Gli uomini si perù.-”

A. Huxley, *Il mondo nuovo*.

Il punto d'inizio per delineare il percorso storico di formazione della “Sindrome da Disattenzione e Iperattività” è una serie di conferenze tenute dal medico George Frederic Still nel marzo del 1902 presso il Royal College of Physicians in Inghilterra. Le sue osservazioni furono pubblicate su un'autorevole rivista di medicina, “Lancet”, dove Still descriveva il comportamento di venti bambini incontrati nella pratica clinica come aggressivi, resistenti alla disciplina, eccessivamente emotivi o “passionali”, bambini che mostravano basso controllo inibitorio, mancato rispetto delle regole, disonestà (T. Armstrong 1997). Still sosteneva che questi bambini condividessero un difetto di “controllo morale” di base, che probabilmente risultava essere ereditario in alcuni casi e secondario a traumi pre o post natali in altri. Ipotizzava, inoltre, l'esistenza di una correlazione tra auto controllo e l'abilità biologica per poter rispondere in modo adeguato alle richieste morali dell'ambiente in cui il bambino viveva: “Il controllo morale può esistere solamente dove è in atto una relazione cognitiva con l'ambiente”, per Still la moralità individuale è quindi un fenomeno in continuo sviluppo che emerge dalle funzioni organiche cerebrali. Per ogni età evolutiva esistono degli standard biologici per il “controllo morale” e avere meno “controllo morale” in una determinata fascia d'età è un segnale per sospettare una condizione patologica. Still esclude il ritardo mentale da questo tipo di condizione; i bambini con inadeguato controllo morale non devono essere confusi con quelli con inferiorità intellettuale. Infatti i bambini individuati non erano troppo “stupidi” per capire le regole di comportamento morale che la società chiedeva loro, essi avevano una chiara comprensione dell'ambiente e delle sue regole e volontariamente decidevano di infrangerle (A. Rafalovich 2004). Senza una categoria che li identificasse nella medicina del tempo questi bambini erano troppo intelligenti per poter essere definiti “idioti” e troppo giovani per poter essere definiti “menti criminali”.

Il lavoro di Still va compreso e contestualizzato entro i margini della letteratura dominante della sua epoca; le sue conferenze si svolsero in un periodo storico in cui il dibattito medico sull'origine biologica dei comportamenti immorali, in particolare del comportamento criminale, era già avviato (alcune caratteristiche morfologiche del corpo erano studiate per creare tipologie di identificazione di criminali). Ciò che distinse l'approccio di Still fu l'attenzione che egli pose sull'origine strettamente neurologica del comportamento non convenzionale dei bambini; l'assunzione che la causa di questi “comportamenti immorali” risiedesse nella mente dei bambini e che andasse ricercato con urgenza il meccanismo sottostante a questo malfunzionamento cognitivo.

Questa causalità tra i problemi di ordine comportamentale dei bambini e le relative origini organiche ha ricevuto un forte impulso durante la grande ondata epidemica di encefalite che colpì un gran numero di bambini appena dopo la prima guerra mondiale. Il dibattito medico attorno all'encefalite letargica (EL) durante gli anni '20 è considerato uno dei primi traguardi nella discussione degli specifici sintomi che in seguito sarebbero stati attribuiti alla sindrome ADHD. Inizialmente l'encefalite era una patologia sconosciuta alla medicina dell'epoca ma in tempi brevissimi occupò una posizione centrale nell'interesse medico. Le sequele dell'encefalite si manifestavano in così varie forme che diventò comune per i neurologi riferirsi a essi come ad una sindrome. L'EL si manifestava con all'incirca ventisette sintomi diversi, tra i quali: irritabilità, ostinazione, basso controllo motorio, instabilità emotiva, disturbi del sonno, tendenza a mentire e a rubare, tics, depressione, generale iperattività, problemi di memoria e attenzione.

L'EL è particolarmente significativa perchè segna una frontiera in cui le difficoltà sul piano scolastico e morale sono comprese attraverso categorie di disturbi somatici, rimpiazzando motivazioni moralistiche con argomentazioni fermamente radicate sul terreno della fisiologia. L'opinione che l'iperattività, i problemi di memoria e altri sintomi seguenti l'infezione encefalitica rappresentassero una disfunzione fisiologica rimane tutt'oggi la prospettiva dominante dei ricercatori che appoggiano la corrente neurologica; l'ADHD è una sindrome comprendente una varietà di comportamenti aventi una causa neurologica. Il dibattito sull'encefalite letargica fu importante non solo per aver sostenuto la connessione causale tra funzionamento neurologico e comportamento ma soprattutto per aver problematizzato una grande varietà di sintomi, molti dei quali non chiaramente collegati tra loro, riunendoli sotto la medesima categoria medica. Oggi molti di

questi sintomi sono rivendicati dai neurologi e piazzati sotto il nome di ADHD. Dal punto, nella storia della salute mentale, in cui l'EL prendeva il posto di causa dell'immoralità persistente dei bambini, fino ai giorni nostri con la sindrome ADHD, la psichiatria infantile si appoggia alla credenza che un comportamento persistentemente deviante nell'infanzia rappresenti una disfunzione fisiologica, una patologia.

Nel 1937, il dottor Charles Bradley osservò che le anfetamine avevano un effetto sorprendente nei bambini che mostravano disordini del comportamento o disturbi dell'apprendimento. Bradley definì questo effetto paradossale perchè si aspettava che le anfetamine stimolassero i bambini come del resto avveniva somministrandole agli adulti. Terminata la somministrazione il comportamento dei bambini tornava ai livelli precedenti l'assunzione (P. Conrad 1988). Questa scoperta diede impulso alle ricerche su tale disturbo e contribuì allo sviluppo di scale e questionari di valutazione atti a predire o stimare gli effetti dei farmaci (Rapaport, Ismond 2000). Questa fu una tappa importante nella storia della sindrome, poiché, come vedremo in seguito, l'efficacia del trattamento farmacologico influenzerà in modo significativo i percorsi di diagnosi e di gestione del disturbo.

Nel frattempo, presso la Wayne County Training School a Northville nel Michigan, venne dato il contributo significativo a sostegno della causalità organica, grazie ai ricercatori A.A. Strauss e Lethinen che nel 1947 pubblicarono "Psicopathology and Education of the Brain Injured Child". Essi riscontrarono comportamenti anomali (inclusa l'ipercinesia) in bambini post-encefalitici sofferenti di quello che in seguito fu chiamato "Danno cerebrale minimo" ("Minimal brain injury"). Altri ricercatori americani ipotizzarono che la spiegazione più plausibile fosse da ricercare, non in una lesione vera e propria, ma in una intossicazione da piombo, da traumi pre o post natali o da infezioni cerebrali. Questi studi portarono all'affermazione negli anni '50 e '60 dei termini "Minimal brain dysfunction" e "Minimal brain disease" o semplicemente "MBD" per indicare i bambini con questi tipi di comportamenti. Questi termini caddero presto in disuso poiché oggi si preferisce utilizzare categorie nosografiche che trascurino i criteri patogenetici concentrandosi sulle descrizioni fenomenologiche, dato che non esistono prove certe che indichino che cervello e sistema nervoso siano i loci certi del funzionamento mentale. Di questo "gap esplicativo" (J. Horgan 1999), che interessa la psichiatria in toto, si parlerà più approfonditamente in seguito.

Questo disturbo rimase quindi in una sorta di ambiguità nominativa e non fu presentato come una specifica categoria diagnostica fino a quando Maurice W. Laufer nel 1957 descrisse una costellazione di sintomi riguardanti il comportamento e l'attenzione che non avevano chiara storia di organicità proponendo la diagnosi di "Disturbo da Impulso Ipercinetico" riportando il fatto che "le caratteristiche salienti del pattern di comportamento... sono sorprendentemente simili a quelle derivanti da chiari danni organici" (C. Malacrida 2003). Si continuò quindi a descrivere un disturbo senza una chiara evidenza di organicità presentando comunque la possibilità che fosse legato ad un danno cerebrale.

Intanto, nel 1952 comparve la prima edizione del DSM (Diagnostic and Statistic Manual) il quale prevedeva due sole categorie di disturbi psichiatrici infantili; la Schizofrenia e il Disturbo di Adattamento. Per leggere sulle pagine del DSM la descrizione del bambino iperattivo si sarebbe dovuto attendere il 1968.

Nel frattempo verso la metà degli anni '50 fu sintetizzato un nuovo farmaco: il Ritalin, uno stimolante avente molte delle proprietà delle anfetamine senza però molti degli effetti collaterali. Nel 1961 questo farmaco fu approvato dalla FDA (Food and Drug Administration) per essere utilizzato sui bambini. Da questo momento in poi furono pubblicate moltissime ricerche sull'utilizzo del Ritalin nel trattamento dei bambini ipercinetici. Allo stesso tempo i mass media iniziarono a incrementare lo spazio dedicato alla conoscenza del disturbo. Gli articoli scientifici riguardanti il disturbo ipercinetico iniziarono ad aumentare anno per anno fino ai giorni nostri a ritmi esponenziali: da 1 pubblicazione nel 1968, si passò alle 40 tra il 1970 e il 1974 fino ai 1053 articoli e 97 revisioni solo nel 2007.

Negli anni '60 e '70 la diagnosi e le prescrizioni di farmaci stimolanti divennero pratiche comuni tra i pediatri negli U.S.A., mentre (aspetto che sarà approfondito nei prossimi capitoli) rimasero eventi rari in Europa, dove l'uso dei farmaci era considerato con sospetto dagli operatori della salute mentale (M. Delbue 2002).

Nella seconda edizione del DSM, nel 1968, ci fu la consacrazione del precursore della diagnosi dell'ADHD; "Reazione ipercinetica del bambino", riconosciuto dall'APA (American Psychiatric Association) come un disturbo a tutti gli effetti.

Una svolta importante nella comprensione di questo disturbo avvenne negli anni '70, quando la dottoressa Virginia Douglas (McGee University, in Canada) propose la tesi che il bambino iperattivo sofferisse principalmente di un deficit di regolazione attentiva (G. Marzocchi 2003). Questo fu un punto cruciale nella storia del disturbo poiché da quel momento in poi l'interesse dei ricercatori si rivolse allo studio dei deficit cognitivi, con la conseguente riduzione delle indagini nei confronti degli aspetti comportamentali. Come approfondirò in seguito, l'affermarsi della corrente cognitivista in psichiatria, parallelamente all'arrivo della seconda psichiatria biologica negli anni '70 (E. Shorter 2000), crearono il terreno ideale per l'affermazione dell'ADHD come un disturbo cognitivo trattabile con psicofarmaci.

Nel 1980 L'APA introdusse "Il disturbo da deficit d'attenzione" (ADD) con o senza iperattività nella terza

edizione del DSM. Il cambiamento da “Reazione ipercinetica” a “Disturbo da Deficit dell'Attenzione” presupponeva un mutamento nella lettura della sindrome, con una maggiore attenzione per gli aspetti cognitivi rispetto a quelli comportamentali. Inoltre, con il DSM 3 ci fu una svolta nel modo di fare diagnosi in ambito psichiatrico; si cominciò a tenere conto anche di altre variabili trascurate in passato, tra cui il livello di inserimento sociale.

Nel 1987 fu pubblicata la revisione della terza edizione del DSM (DSM3-R) in cui fu introdotta l'attuale etichetta “Disturbo da deficit di attenzione e iperattività”, furono eliminati i sottotipi, furono rimosse le tre categorie di sintomi (disattenzione, iperattività, impulsività) a favore di un' unica lista di 14 comportamenti in cui disattenzione, impulsività e iperattività erano considerati di pari importanza.

Oltre al manuale DSM coordinato dall'APA dobbiamo ricordare l'altro punto di riferimento della diagnostica psichiatrica: l'ICD (International Classification of Disease), a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), più popolare tra gli stati della comunità europea. Di quest'ultimo nel 1992 fu pubblicata la decima edizione, l'ICD 10, in cui furono elencati 18 sintomi per riconoscere la “Sindrome Ipercinetica”, sintomi che sono stati ripresi, organizzati e pubblicati nella quarta edizione del DSM, nel 1994, per formulare i tre sottotipi: Disattento, Iperattivo-Impulsivo, Combinato. Il motivo per cui l'etichetta diagnostica nell'ICD10 è diversa rispetto a quella usata dal DSM 4 è frutto della maggior rilevanza attribuita al sintomo iperattività, dovuta alla scarsa intelligibilità dei dati provenienti dalle ricerche sui processi mentali che determinerebbero la sindrome (OMS,1992). Questa diversità riscontrabile nei due testi di riferimento diagnostico sarà approfondita successivamente nell'ambito delle diversità di approccio esistenti tra America ed Europa e, all'interno del nostro stesso paese, tra le diverse regioni italiane.

Attualmente, ogni anno in tutto il mondo vengono condotti centinaia di studi per scoprire le dinamiche sottostanti il disturbo e al momento l'opinione più condivisa nel mondo medico, in cui il modello neuropsicologico rimane quello più accreditato, è che la “Sindrome da Disattenzione e Iperattività” sia una conseguenza di un deficit dei circuiti attentivi. Russell Barkley, uno degli esperti della sindrome più autorevoli nell'ambito della realtà medica internazionale, sostiene che esista un deficit del controllo inibitorio dei comportamenti inappropriati, da cui derivi la compromissione di altri sistemi secondari quali la memoria di lavoro, la vigilanza, e la capacità di analisi e sintesi degli eventi vissuti in prima persona. Seguendo i modelli neuropsicologici, che nel mondo medico rimangono quelli maggiormente accreditati (Russell Barkley, Sergeant), possiamo concludere che l'ADHD sia caratterizzato sia da una compromissione delle funzioni esecutive (in particolare del sistema di inibizione) che dei processi cognitivi legati alla motivazione.

L'incidenza del disturbo è tutt'ora un dato controverso: le stime epidemiologiche Nord Americane e Nord Europee riferiscono un 4% della popolazione infantile (un alunno per ogni ipotetica classe di 25 individui) ma questa stima è tutt'altro che certa in quanto in relazione alla regione studiata, alle modalità utilizzate per il rilevamento, e al manuale diagnostico adottato si giunge ad una gamma di frequenza compresa tra l'1 % e il 10%. L'incertezza e la variabilità riscontrabili nella prevalenza, nell'eziologia e nei criteri diagnostici, pongono questa sindrome al centro di un acceso dibattito, creando un' immagine dell'ADHD tutt'altro che chiara e accettata; un' immagine decisamente fragile agli attacchi sulla legittimità o meno della sua realtà di patologia.

L'ADHD è attualmente la patologia psichiatrica infantile più studiata, conseguentemente ogni anno vengono destinate ingenti somme per finanziare ricerche sull'eziologia e il trattamento di questo disturbo. Inoltre, anche al di fuori della professione medica, figure come gli educatori, gli insegnanti e i genitori stessi sembrano aver sviluppato una conoscenza “clinica” del disturbo e, considerando la varietà e quantità di pubblicazioni sull'argomento facilmente reperibili, si presentano come attori sociali informati e preparati sulle caratteristiche di questa sindrome. Dismessi i panni di un vago e poco delineato disturbo, in due decenni la “Sindrome da Disattenzione e Iperattività” ha assunto le forme potenti e definite di una vera e propria categoria diagnostica, presentandosi oggi come uno dei più conosciuti e studiati disturbi clinici psichiatrici.

CAPITOLO 2

Divergenze globali emergono nel locale: Il caso Bologna.

«Ci sono sempre falsi profeti. Ma nel caso della psichiatria è la profezia stessa ad essere falsa, nel suo impedire, con lo schema delle definizioni e classificazioni dei comportamenti e con la violenza con cui li reprime, la comprensione della sofferenza, delle sue origini, del suo rapporto con la realtà della vita e con la possibilità di espressione che l'uomo in essa trova o non trova.»

(F.Basaglia in *Follia/Delirio in Scritti*, 1982)

La situazione italiana: statistiche e registro.

In America, tra il 1982 e il 1996 sono stati condotti dieci studi che, basandosi sui criteri diagnostici del DSM-3 (diagnostic and statistical manual of mental disorders), hanno valutato la prevalenza di ADHD. A seconda degli studi si hanno valori di prevalenza che oscillano tra il 4% e il 12 %. Una revisione sistematica di questi studi (green and coll. 1999), utilizzando il modello degli effetti random per i pool di dati altamente eterogenei, stima una prevalenza del 6,8% con i criteri del DSM-3 e del 10,3 % utilizzando i criteri del DSM3-R. La prevalenza tra i maschi risulta essere tre volte più alta che nelle femmine: 9,2 % contro 3 %.

In Italia sono stati condotti pochi studi epidemiologici a larga scala sulla salute mentale infantile e i pochi risultati disponibili sono in conflitto tra loro.

Uno studio condotto in due regioni del centro su un campione di 232 bambini ha evidenziato una prevalenza del 3,6%, in base alla presenza di almeno 8 criteri maggiori del DSM-3R (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Roma - Martedì, 24 aprile 2007). Un ulteriore 6,9% era un caso potenziale (Gallucci e coll. 1993). Lo studio condotto nelle scuole di Firenze e Perugia, nel 1993, ha individuato 9 casi su 250 bambini esaminati. Lo studio del 1998, con i pediatri della città di Torino, ha dato una prevalenza del 2,52%. In questo caso la popolazione era di 47,781 assistiti e sono stati individuati 1.203 casi. Uno studio del 2002, in Friuli Venezia Giulia, su 64.800 bambini è risultato suggestivo per ADHD in 280 casi con una prevalenza dello 0,43%. A Roma sono stati condotti due studi, nel 1999 e nel 2003. Nel primo la prevalenza è stata del 1,51% (12 casi su 794 bambini esaminati), nel secondo la prevalenza è stata dello 0,91% (23 casi su 2.511 bambini). Questi due studi sono stati condotti dai pediatri di libera scelta. 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 ADHD del 1,1% (131 casi). Basandosi su questi studi, si può estrapolare per la popolazione italiana nella fascia d'età 6-18 anni una prevalenza intorno all'1%. Un secondo studio recente su un campione di 1575 genitori e 1085 insegnanti di bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni ha mostrato una prevalenza del 3,5 % secondo i genitori, dell'11,4 % secondo gli insegnanti mentre l'1,5% dei bambini risultava così compromesso da essere riconosciuto come adhd sia dai genitori che dagli insegnanti (Zuddas et al. 2006). progetto Prisma (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti) è stata la prima ricerca epidemiologica multicentrica italiana che nel 2003 ha indagato la prevalenza dei disturbi psichici nei preadolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni nelle zone urbane di sette città italiane. Lo studio è stato oggetto di interrogazioni parlamentari in ordine alle modalità di esecuzione del progetto stesso che prevedeva la somministrazione di "discussi" questionari ai bambini, e per il fatto che fosse stato sponsorizzato da enti privati.

Citando la Gazzetta Ufficiale: "Complessivamente il quadro epidemiologico si caratterizza per la variabilità della stima dell'incidenza del disturbo, riconducibile ai differenti setting studiati, degli strumenti utilizzati e degli approcci metodologici seguiti".

In Italia le tappe che hanno portato all'istituzione del Registro Italiano dell'ADHD trovano origine nella definizione delle prime Linee Guida da parte del Consiglio Direttivo della Società di Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) nel giugno 2002, che sintetizzano e adattano i risultati dei diversi studi sull'ADHD e il suo trattamento terapeutico alla specifica situazione italiana. Si fa inoltre esplicito riferimento al Registro all'interno dell'Accordo Nazionale sull'ADHD, frutto della Conferenza Nazionale di Consenso di Cagliari del marzo 2003. Successivamente viene emesso il decreto del luglio 2003 da parte della Commissione Unica del Farmaco per la riclassificazione del metilfenidato e la sua approvazione per la terapia dell'ADHD. Il Registro viene quindi predisposto nel febbraio del 2004 da parte del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia Italiana del Farmaco e diventa operativo il 18

giugno 2007.

L'8 marzo 2007 il CdA dell'agenzia Italiana del Farmaco autorizza l'immissione in commercio del Metilfenidato (Ritalin) e dell'Atomoxetina (Strattera), quest'ultima con procedura di mutuo riconoscimento (vedi <http://www.agenziafarmaco.it/cgi-bin/rc-ericerca>).

Il registro vincola la prescrizione di questi farmaci secondo un piano terapeutico semestrale gestito da un centro clinico accreditato, ovvero centri di riferimento diffusi in tutta la penisola finalizzati a garantire accuratezza diagnostica ed evitare uso improprio del farmaco.

Come emerge chiaramente, l'impostazione delle direttive per la gestione del problema adhd nel nostro paese sono molto caute e attente sia nel processo diagnostico che nella somministrazione del farmaco. Intanto l'uso di sostanze eccitanti quali il metilfenidato/Ritalin per la cura del Deficit di Attenzione/Disturbi d'Iperattività (ADHD) è aumentato di un sorprendente 100% in più di 50 paesi. In molti paesi - Australia, Belgio, Canada, Germania, Islanda, Irlanda, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Norvegia, Spagna e Regno Unito - l'uso delle sostanze stupefacenti potrebbe raggiungere livelli alti quanto quelli degli Stati Uniti. Per cui in Italia, come in altri paesi europei, si respira una atmosfera ambigua, da una parte sembra prendere piede l'atteggiamento più "nordamericano" di somministrazione facile di psicofarmaci, simultaneamente emerge il desiderio, viste le conseguenze in nord america, di frenare la spinta verso diagnosi e prescrizioni facili. L'Onu stessa si appella quindi affinché le nazioni valutino la possibile sovrastima dell'ADHD e frenino l'uso eccessivo del metilfenidato/Ritalin (Fonte: International Narcotic Control Board – ONU).

Negli stati uniti, quindi non pare esserci la stessa cautela processuale nell'ambito della somministrazione di psicofarmaci. Inoltre con l'introduzione in Italia di potenti psicofarmaci per minori (non solo Ritalin e Strattera, anche il Prozac è stato recentemente autorizzato per i bambini dagli otto anni in su) gli attuali protocolli per la gestione della sindrome sono stati criticati da una parte significativa della comunità scientifica nazionale in quanto "troppo poco restrittivi" nei passaggi che regolano l'utilizzo di questi prodotti, ed a soli due mesi dall'approvazione sono stati attivati due tavoli per un tentativo di revisione dei protocolli, uno voluto dal Ministro per la Salute, un secondo su richiesta del Parlamento. Nonostante queste richieste di modifica, l'Istituto Superiore di Sanità ha deciso di proseguire nelle autorizzazioni per quelle ASL che desiderano procedere all'apertura di centri per la somministrazione di psicofarmaci ai bambini: i protocolli ad oggi sono in vigore, e vengono applicati con maggiore o minore prudenza da tutte le ASL autorizzate (vedi <http://www.scuolaprotetta.it/downloads/>). Uno dei motivi di contestazione di queste regole è proprio la possibilità di "interpretare" entro certi limiti le norme che permettono di etichettare un bambino come patologico ed attivare le relative procedure terapeutiche farmacologiche: un bambino "lievemente problematico" a Bologna può diventare "grave" in un'altra ASL e come vedremo in seguito, da un centro di riferimento ad un altro nella stessa penisola coesistono diverse realtà e differenti approcci nella diagnosi e nella scelta terapeutica.

Ritalin in Italia.

Il ritalin fece la sua comparsa nel mercato italiano sul finire degli anni '50, all'incirca nello stesso periodo degli altri paesi europei. E' importante sottolineare che non era utilizzato per il trattamento dei deficit attentivi nei bambini, la categoria medica peraltro non era ancora stata creata in quegli anni. Il fatto che, negli anni '60 e '70 invece, il ritalin venisse utilizzato in modo illecito come stimolante dagli studenti universitari spinse il ministero della salute a sospenderne la disponibilità nel 1989. Questo evento coincise con la decisione della Ciba-Geigy's di ritirare dal mercato italiano lo stimolante, probabilmente per i bassi profitti realizzati fino ad allora. L'agenzia italiana del farmaco posizionò il Ritalin a fianco alla cocaina e altre droghe illegali nella tabella 1 della farmacopea italiana proibendone quindi l'utilizzo. I pochi casi di adhd riconosciuti furono quindi trattati con altre droghe, tra le quali gli antidepressivi triciclici, e le benzodiazepine. Per più di una decina d'anni la mancanza del Ritalin sul mercato italiano non fu un problema per il ministero della salute, non vi era urgenza di reintrodurre il metilfenidato come trattamento per l'adhd. In questi anni inoltre la conoscenza della sindrome tra i professionisti sanitari era ancora scarsa, una ricerca del 2001 ha rivelato che tra i pediatri 30% non avevano mai sentito parlare della sindrome, 60% ne erano a conoscenza ma non sapevano come diagnosticarla e solo un 10% seguiva direttamente alcuni casi (Bonati et al., 2001; Marchini et al., 2000).

Lo svilupparsi di una più forte e diffusa consapevolezza della sindrome adhd in Italia fu possibile grazie all'azione di un gruppo di genitori che nel 2000 unirono le loro energie per la creazione del progetto "parents for parents". Il progetto ebbe inizio come veicolo per la divulgazione di informazioni tra le famiglie con bambini adhd, ma presto divenne uno dei più forti attori sociali espandendosi nell'AIFA (associazione italiane famiglie adhd) (www.aifa.it) per diffondere in territorio italiano la consapevolezza dell'esistenza della sindrome, della sua diffusione e della possibilità della prescrizione farmacologica per il trattamento. (Bonati 2005)

Nel 2002, la SINPIA (società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) approvò e pubblicò le guide nazionali per la diagnosi e il trattamento dell'adhd. (www.aifa.it/documenti/LGAdhdSINPIA02-doc.zip), in sintonia con le linee guida internazionali del 2000-2001 approvate dall'AAP (american academy of pediatricians) (www.aap.org/policy/adhd) ; Le linee guida tracciate dalla SINPIA avrebbero dovuto fornire gli strumenti per un processo diagnostico rigoroso e omogeneo in tutto il paese. Alle linee guida seguì la conferenza nazionale sul consenso di Cagliari (zuddas bonati 2003). Nello stesso anno il ministero della sanità, con la collaborazione del ministero della giustizia , riannunciò il metilfenidato tra le droghe legali riconoscendolo inoltre come trattamento efficace per la sindrome e garantendone la prescrizione solo in seguito ad un attento e accurato percorso diagnostico (gazzetta ufficiale 2003). Questo decreto comunque non si manifestò con una maggiore reperibilità del farmaco (che infatti non può essere richiesto nelle farmacie con ricetta del medico), al contrario la prescrizione e l'amministrazione del ritalin è altamente controllata e regolata; solo i centri di riferimento autorizzati possono prescrivere il farmaco seguendo le linee guida del registro nazionale. In termini pratici questo vuol dire che non essendo il farmaco disponibile nelle farmacie, anche se viene effettuata la diagnosi di adhd non ne segue facilmente il trattamento psicofarmacologico come invece avviene frequentemente negli stati uniti d'america.

Proprio questa "cautela italiana" nella somministrazione del farmaco crea un certo malcontento tra le famiglie che vedono nelle realtà extranazionali una politica di gestione più "morbida" verso il farmaco, differenza che comunque ha modo di riproporsi su scala regionale per cui un centro di riferimento emerge come più aperto alla prescrizione rispetto ad un altro.

Gli schieramenti.

Tra le tante "guerre di religione" che infiammano i dibattiti degli italiani, siano specialisti medici o profani, quella combattuta sul campo della sindrome da disattenzione e iperattività sembra mettere in rilievo le tipiche differenze ma anche le omologazioni che il nostro paese porta avanti nei confronti degli stati uniti d'america, dove, possiamo dire, tutto ebbe inizio.

Nonostante in Italia il fenomeno ADHD e la questione Ritalin sia di una scala minore comparato agli stati uniti d'america o ad altri paesi europei, da pochi anni ad oggi ha suscitato forti espressioni di condanna o accettazione pubbliche le quali hanno avuto non poche conseguenze sulle politiche sanitarie italiane. La maggior parte del dibattito si svolge attualmente intorno a tre tematiche principali: la questione della somministrazione dello psicofarmaco al bambino, il problema dell'esistenza o meno della diagnosi stessa di ADHD e il sempre più crescente timore per il diffondersi di operazioni di screening di massa nelle scuole italiane che identifichino i bambini problematici e quelli suscettibili di diagnosi.

Appare evidente , come approfondirò nel terzo capitolo che tratterà del comportamento deviante, che quando delle situazioni, un tempo non classificate come mediche, sono poi ridefinite come patologie, si assista alla nascita di vari schieramenti impegnati nella difesa o nel disconoscimento della categoria medica in questione.

In Italia in particolare rispetto agli altri paesi il fenomeno ADHD è sorto con un netto ritardo (la sigla italiana è DDAI, ma quella più diffusamente utilizzata è ADHD, acronimo inglese per Attention Deficit Hiperactivity Disorder), ma soprattutto si è assistito ad una forte opposizione, molto attiva e precoce rispetto alle realtà extranazionali. Attualmente vi sono quattro gruppi principali che dirigono il dibattito pubblico sulla sindrome in Italia.

L'AIFA (associazione italiana famiglie ADHD) è l'associazione Onlus con finalità di solidarietà sociale, informazione e divulgazione scientifica sul Disturbo da Deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Le finalità dell'associazione (per tutte le informazioni rimando al sito di riferimento www.aifa.it) si esprimono da un progetto iniziale denominato "Parents for Parents", una catena di solidarietà tra le famiglie per cercare di aiutare i propri figli.

In particolare l'Associazione si prefigge di creare una rete di genitori disponibili all'ascolto e all'aiuto di genitori in difficoltà; di coordinare e favorire i contatti tra famiglie con problemi di ADHD; di difendere i diritti dei bambini ADHD e delle loro famiglie per migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la loro qualità di vita; di veicolare informazioni e aggiornamenti di carattere scientifico; di favorire la diffusione delle conoscenze scientifiche sull'ADHD e le sue terapie, contribuendo alla capillarizzazione delle risorse atte a favorire la diagnosi e il suo trattamento multimodale; di favorire il contatto, il dialogo e la coordinazione tra le varie strutture sanitarie, scolastiche e sociali e i loro rispettivi operatori coinvolti nella vita quotidiana del bambino ADHD; di creare una mappatura italiana di centri e di professionisti esperti nella diagnosi e nel trattamento dell'ADHD; di coinvolgere e collaborare con Enti locali e Statali, Ministeri, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere e Università, Istituti privati, Società scientifiche, Associazioni Culturali e Onlus. Questa associazione ha in particolare svolto un ruolo fondamentale nel

sensibilizzare i clinici e il governo dell'esistenza della sindrome e dell'opzione farmacologica per il trattamento relativo. Una delle tappe più importanti realizzate dall'associazione AIFA è stata il Consensus del 6-7 marzo 2003 a Cagliari, nel quale sono state date indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con disturbo da deficit attentivo e iperattività. Questo accordo nazionale cercava di richiamare l'attenzione del governo sulla realtà della sindrome chiedendo la creazione di un registro nazionale per monitorare la casistica riguardante la sindrome e proponendo il riconoscimento della terapia farmacologica (metilfenidato) come uno dei trattamenti di prima linea per i casi più gravi. (si veda www.aifa.it/consensus-italiana.htm)

Un altro gruppo di riferimento soprattutto per psicologi educatori e insegnanti è L'AIDAI (Associazione Italiana Disturbi Attenzione e Iperattività). È una onlus costituita da operatori clinici (medici e psicologi) e addetti al mondo della scuola (insegnanti e pedagogisti) fondata dal gruppo del Prof. Cesare Cornoldi dell'Università di Padova (G.M. Marzocchi, P. Tressoldi, D. Lucangeli) e dal Servizio di Neuropsichiatria dell'ASL di San Donà di Piave (D. Maschietto e C. Vio), i quali hanno proposto ad alcuni insegnanti della provincia di Padova (S. Poli e A. Molin) e ad alcuni genitori di bambini con ADHD. Con una linea di azione simile a quella dell'AIFA, l'AIDAI fornisce supporto e risorse per la diffusione della conoscenza della sindrome ma è indirizzata soprattutto alla formazione di psicologi ed educatori, promuovendo corsi formativi, seminari, conferenze sempre all'interno della comunità medica e pedagogica. Questa organizzazione si discosta dall'AIFA per il sostegno maggiore verso un trattamento della sindrome di tipo psicologico (terapia comportamentale, cognitiva, dinamica) più che sull'impiego di psicofarmaci.

In opposizione a queste organizzazioni di supporto, ve n'è una che ha fatto dell'opposizione alla sindrome e al trattamento farmacologico in particolare la sua ragion d'essere. "Giù le mani dai bambini" è una onlus a cui hanno già aderito oltre cento enti, associazioni e gruppi informali, rappresentativi della volontà di oltre nove milioni di cittadini italiani, quali Federfarma, la CISL, le ACLI, AGESCI, il Forum Nazionale Giovani, l'AGESC, il CGD, l'OTE, UniTre, e molti psichiatri, neuropsichiatri e professori universitari di psichiatria tutti aventi di base una certa affinità di vedute circa la necessità di contrastare la troppo disinvoltata somministrazione di psicofarmaci ai minori. La campagna, a quanto sostiene il portavoce nazionale Luca Poma, non sostiene aprioristicamente il disconoscimento scientifico del disturbo denominato "ADHD", ma il disagio del comportamento denominato "ADHD" è piuttosto considerato dai membri dell'associazione come una "costellazione aspecifica di sintomi", ovvero come un "campanello d'allarme" che evidenzia che qualcosa non funziona, che l'equilibrio del bambino è entrato in crisi. Soprattutto, "giù le mani dai bambini" intende sollecitare l'attenzione della pubblica opinione sulla discussa prassi della somministrazione di psicofarmaci a bambini ed adolescenti e sulle procedure di screening sistematico avviate nelle scuole italiane, esercitando un'azione di farmacovigilanza, allo scopo di prevenire abusi (in più occasioni documentati in altri paesi, e recentemente anche in Italia) nella somministrazione di molecole psicoattive. A seguito del Consensus realizzato dall'AIFA a Cagliari nel 2003, il comitato di giù le mani dai bambini ha risposto con il Consensus internazionale del gennaio 2005, a cui hanno sottoscritto numerose personalità ed enti che condividono l'approccio critico nei confronti della diagnosi e del trattamento psicofarmacologico.

Recentemente, un'altra organizzazione no-profit chiamata "perchè non accada" ha fatto il suo ingresso nell'attuale dibattito con una posizione nettamente contraria all'utilizzo di psicofarmaci. Questo gruppo è considerevolmente minore rispetto a giù le mani dai bambini, ma svolge un'attiva campagna di informazione presso le scuole e i centri ospedalieri del paese per il controllo specialmente dei nuovi metodi di screening di massa tramite test diagnostici per l'individuazione dei bambini con disordini psichici come il progetto Prisma.

Oltre ai principali schieramenti possiamo identificare altri gruppi "minori" quali Telefono Viola nato nel 1933 che intende fornire tutti gli strumenti legali su come potersi difendere dal trattamento sanitario obbligatorio e informazioni su gli psicofarmaci somministrati e i loro effetti collaterali.

Rilevante è anche L'Osservatorio Italiano Sulla Salute Mentale (OISM), fondato nel 2001 dal dott. Claudio Ajmone; il carattere essenzialmente antipsichiatrico lo rende uno dei gruppi più radicali nell'opposizione alla somministrazione di psicofarmaci e alla diagnosi di ADHD.

Un'altra associazione minore che però ha avuto un ruolo fondamentale nell'ambito del "Caso Bologna" di cui parlerò in seguito è l'AGAP (Associazione Gli Amici di Paolo). Fondata dalla Dott.ssa Pavan Monica, questa onlus si propone di informazione e appoggio per tutte le famiglie con bambini affetti dalla sindrome ADHD in Emilia Romagna, visto che, a detta della presidentessa, "Nei confronti dell'ADHD l'Emilia-Romagna è scevra ancora di informazione ed aiuto".

Il Progetto salvagente.

L'agap, come associazione nata nella realtà bolognese, intende “cercare di sopperire nel modo più diretto, tangibile ed effettivo, alle carenze, alle difficoltà, che le famiglie lasciate da sole, ogni giorno si trovano ad affrontare”. Ricordiamo che l'agap è nata come un'Associazione di genitori di bambini Iperattivo e Disattenti, che hanno deciso di unirsi per creare una “corretta cultura del Disturbo. Il nostro obiettivo è quello di voler ottenere una sinergia ed un linguaggio comune fra la scuola, i medici e le famiglie, al fine di modificare gli atteggiamenti negativi e contrastanti, che a nulla di buono portano, ed organizzare invece un clima favorevole, fatto di comprensione, disponibilità e rispetto, che accompagni il bambino per tutto il suo percorso di crescita, sia nella scuola che nella vita sociale”.

Con queste premesse l'associazione AGAP, “vista l'alta richiesta”, ha realizzato coinvolgendo le istituzioni scolastiche il “Progetto Salvagente”, con i seguenti intenti: potenziare le conoscenze riguardo al Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, evidenziando il concetto di Deficit di Autoregolazione in ambito scolastico, approfondire le conoscenze sull'attenzione e su tecniche metacognitive di intervento per favorire un miglioramento delle competenze attentive del bambino, fornire tecniche di osservazione sistematica applicabili nella classe, presentare tecniche di strutturazione del contesto classe e dell'insegnamento funzionali all'ottimizzazione del livello attentivo degli alunni, con particolare riguardo ai bambini ADHD. Il tutto per un ciclo di 4 incontri, concordati preventivamente con la scuola, di cui tre divulgativi ed uno (o più) di compresenza nella classe, onde dare prove concrete di risoluzione di problematiche comportamentali e didattiche (vedi manifesto del progetto salvagente www.comune.bologna.it/partecipazione/istruttoria-handicap/docs/agap/Progetto-II-Salvagente.pdf).

Questo progetto, e la nascita dell'associazione stessa pongono in essere una serie di questioni intricate riguardanti l'efficacia dell'offerta terapeutica regionale, l'adeguatezza del sistema scolastico locale e le esigenze, non sufficientemente soddisfatte, delle famiglie coinvolte. “...nel contesto scolastico italiano, e con altre Associazioni nelle regioni Veneto e Lombardia, abbiamo elaborato il progetto: “SALVAGENTE”. Il lavoro è stato veramente notevole ma la fatica ci sta ricompensando con un notevole successo. , già dall'anno scolastico 2006/2007 ci siamo recati in alcune scuole di Bologna e Provincia, ricevuti a braccia aperte da insegnanti che veramente non sapevano più “a che Santo votarsi” e diverse sono tuttora le richieste da parte di Istituti per il prossimo anno ” (progetto salvagente).

Evidentemente l'esigenza di una maggiore sensibilizzazione all'esistenza della sindrome e al trattamento relativo si era fatta sentire sia da parte di famiglie che insegnanti; sembrano esserci più interessi in gioco che solo quelli delle aziende farmaceutiche votate al profitto.

Il progetto salvagente in particolare è stata la scintilla che ha fatto scoppiare il Caso Bologna:

mettendo in discussione l'approccio terapeutico della Regione Emilia Romagna, in particolare della asl di Bologna, esprimendosi apertamente sul fatto che le famiglie con bambini adhd non ricevino adeguato supporto e consigliando in maniera informale altri centri di riferimento.

Il progetto Salvascuola.

In risposta alle problematiche emerse con il “progetto salvagente”, Giù le Mani dai Bambini ha recentemente lanciato in una conferenza stampa a Bologna il progetto nazionale “Scuola Protetta” (finanziato dalla F.A.I., la Federazione Autotrasportatori Italiani) in collaborazione con associazioni genitoriali italiane (CGD, AGE ed Agesc), a CISL Scuola e CGIL Formazione. Lo spirito del progetto è riaffermare la centralità della scuola - assieme alla famiglia - come primaria agenzia educativa, ponendo l'attenzione sulla riattivazione di un rapporto virtuoso tra scuola e famiglia nonché sull'importanza delle dinamiche educative nella crescita del bambino, e sull'opportunità di tentare ogni possibile soluzione di tipo pedagogico prima di arrivare alla medicalizzazione del disagio del minore. Gli obiettivi principali consistono nell'evitare ingerenze nella scuola da parte di “sedicenti esperti” in grado di condizionare i processi di gestione dell'eventuale disagio scolastico degli alunni, trasformando la scuola nell' “anticamera dell'ASL” , sollecitare il corpo insegnante a non vedere l'eventuale “diversità comportamentale” dei bambini e degli adolescenti solo come un problema, bensì anche come una risorsa, veicolare nelle famiglie - tramite la scuola - le “buone prassi” per la presa in carico dei bambini “difficili”, con soluzioni innanzitutto pedagogiche, garantire alle scuole ed ai genitori la possibilità di segnalare con immediatezza “situazioni a rischio”, tentativi di medicalizzazione del disagio, evitare per quanto possibile il ricorso a prodotti psicoattivi sui bambini per “tranquillizzare l'adulto” ed al solo scopo di rendere “socialmente più accettabile il bimbo.

Questo progetto, che vanta già un sito internet (<http://www.scuolaprotetta.it>), è stato un passo fondamentale per i movimenti che esigono più cautela verso il problema di adhd. Pochi giorni dopo la pubblicazione dei primi articoli sul caso Bologna, molte altre città italiane hanno riferito situazioni analoghe, e in questi mesi sono già stati presi forti provvedimenti.

Infatti a maggio di quest'anno, la Provincia autonoma di Trento ha approvato definitivamente il progetto di Legge n. 259 che pone il divieto dei test ADHD nelle scuole e tutela i bambini dall'abuso di sostanze psicofarmacologiche. dal Consigliere Cristiano De Eccher il testo è ispirato alla legge già approvata in Piemonte. Tra i punti salienti vi è il divieto di eseguire gli screening psicopatologici nelle scuole, salvo casi eccezionali stabiliti dall'azienda sanitaria, e l'obbligo del consenso informato scritto e firmato dai genitori prima della somministrazione di tali sostanze. Questa tendenza si sta diffondendo in varie città italiane: si scoprono tentativi di screening di massa nelle scuole o enti che promuovono l'utilizzo di farmaci, successivamente vengono presi provvedimenti per tutelare le scuole e i bambini, lasciando comunque aperta una questione spinosa. Il punto è che, a prescindere dal provvedimento legislativo, qualcuno deve aver avuto interesse nella diffusione della politica pro adhd e pro farmaco. Gli insegnanti stessi, a detta della presidente dell'agap, non vedevano l'ora di conoscere meglio questa sindrome che poteva dare risposta e soluzioni efficaci a molti bambini ingestibili. Per non parlare dei genitori, riuniti in associazioni per rivendicare il pacchetto sindrome e farmaco. Genitori pronti a migrare in città d'Italia più morbide nella prescrizione e che, prima della legalizzazione del farmaco in Italia, lasciavano addirittura la penisola per toccare le terre di paesi più permissivi o più avanzati, che dir si voglia. Il problema si sposta ma rimane fermo ed innegabile il fatto che dietro lo scandalo avvenuto a Bologna non c'è solo un'azienda farmaceutica pronta a tutto pur di pubblicizzare e vendere un farmaco e la sua patologia. Emergono anche altre forze: le esigenze di attori sociali che necessitano che la sindrome adhd esista e abbia una cura. Come in tutti gli altri paesi. L'Italia, per questi genitori e insegnanti, sembra essere solo in ritardo, come del resto in molti altri processi e traguardi.

Il caso Bologna.

Ecco di seguito un estratto dell'articolo pubblicato sul Resto del Carlino, il 18 febbraio 2008.

INDAGINE DELLA PROCURA

Psicofarmaci ai bambini di Bologna. Un 'censimento' nelle scuole

Inchiesta conoscitiva dopo l'allarme lanciato la settimana scorsa sull'utilizzo di psicofarmaci che servono a curare i ragazzini affetti dalla sindrome di Adhd, ovvero il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività

Bologna, 18 febbraio 2008 - La procura di Bologna ha avviato una sorta di censimento dei consumi di psicofarmaci che servono a curare i ragazzini affetti dalla sindrome di Adhd, ovvero il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività. Si tratta del primo passo di un'inchiesta conoscitiva volta a comprendere l'intervento in istituti scolastici felsinei di associazioni che promuoverebbero il ricorso alla terapia farmacologica per i bambini iperattivi. Gli accertamenti verranno eseguiti dai carabinieri del nucleo tutela salute dei carabinieri di Bologna.

A lanciare l'allarme la settimana scorsa era stato il sito 'Giù le mani dai bambini', che aveva pubblicato un'intervista a Gianni Zappoli, delegato del Centro Formazione e ricerca Don Lorenzo Milani, il quale raccontava che alcuni genitori si erano rivolti alle loro strutture per avere consigli dopo un approccio con l'associazione Agap, Amici di Paolo, che consiglierebbe l'impiego di psicofarmaci per il trattamento di questa sindrome. La stessa associazione consiglierebbe di rivolgersi ad un centro di San Donà di Piave che sarebbe in sostanza più morbido nel prescrivere questo farmaco.

Gli inquirenti stanno raccogliendo la lunga serie dei complessi documenti adottati dall'assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e, in particolare, quelli recentemente approvati dalla commissione regionale del farmaco. Il magistrato ha richiesto al Nas di accertare il regolare adempimento delle speciali prescrizioni previste dal registro nazionale Adhd e poiché, per ogni prescrizione dei farmaci sui quali è polemica occorre riempire un apposito modulo statistico, il pm ha anche chiesto di raccogliere i dati sui recenti consumi di questi farmaci, specialmente accertando se la prescrizione arriva da strutture sanitarie fuori dalla Regione Emilia-Romagna. In sostanza si vuole verificare se c'è stato un aumento dei consumi dopo i convegni che sarebbero stati fatti.

Sulla base delle prime constatazioni, una serie di documenti dimostrerebbero che sia la Regione che l'Ausl di Bologna da tempo svolgono la loro vigilanza con grande attenzione. In questa ottica il Nas intensificherà i contatti con queste strutture per potere riferire al pm l'esatto quadro normativo del fenomeno.

Gli inquirenti hanno anche preso conoscenza del provvedimento dell'Aifa (agenzia italiana farmaco) che nell'autorizzare tre farmaci per la cura della sindrome Adhd, raccomanda di applicare tutte le cautele imposte dai centri di riferimento delle Regioni che si coordinano con l'Istituto superiore di sanità. Come a dire che c'è una complessa regolamentazione in cui ci si muove sapendo le cose e seguendo le istruzioni.

Intanto in una comunicato la consigliera regionale Daniela Guerra, Portavoce Verdi per la Pace, dice di apprendere "oggi come nel novembre scorso i volontari del Telefono Viola siano stati vittime di un'azione di polizia che lascia semplicemente allibiti. E tutto questo solo perché volevano manifestare liberamente la loro opinione, che i fatti stanno confermando nella propria validità, sull'utilizzo degli psicofarmaci sui minori affetti da disturbi d'attenzione e da iperattività".

Fonte: Il resto del Carlino.

Tratto dalla rassegna stampa di www.giulemanidaibambini.org

Discussione

Questo articolo rivela una situazione complessa, un intreccio di esigenze e aspettative rivendicate da diversi attori sociali coinvolti nel problema adhd.

Vediamo apparire in primo piano i ragazzini affetti dalla sindrome, istituzioni scolastiche, associazioni contro gli abusi farmacologici, associazioni per la rivendicazione della prescrizione del farmaco, partiti politici, aziende sanitarie locali, aziende farmaceutiche: bambini, genitori, insegnanti, medici, politici, ricercatori, portavoce, volontari, tutti costituenti di entità implicate in una questione che esplose nel locale ripresentando su scala regionale tutti quei sintomi che già da diversi anni sono riscontrabili a livello globale.

Accade che una associazione di famiglie con bambini iperattivi si esponga nelle scuole della provincia di Bologna per diffondere la conoscenza della sindrome, consigliando inoltre, un' istituzione di riferimento alternativa a quella locale: la ausl di Bologna infatti sembra essere restia a prescrivere il farmaco come scelta terapeutica mentre presso la ausl di San Donà di Piave, in Veneto, le famiglie possono trovare un approccio più morbido nella prescrizione del farmaco.

Quali sono le forze che hanno fatto sì che in certe scuole della città di Bologna venisse fatta promozione di soluzioni farmacologiche al problema adhd? La sindrome adhd è accettata e trattata in modo uniforme in tutte le regioni italiane? Gli operatori sanitari dispongono di libertà decisionali che possono slegarli dalle direttive nazionali? I genitori si sentono tutelati e accolti dalle aziende sanitarie locali nel trattamento della sindrome? Che posizione occupano gli insegnanti nella gestione del bambino iperattivo e che contributo forniscono al processo diagnostico?

In risposta al progetto salvagente ecco emergere il progetto salvascuola. Entrambi gli schieramenti si dicono pronti ad effettuare un "salvataggio".

L'essere che necessita di essere salvato è il bambino, attore sociale in evoluzione, che necessita di altri attori per tutelarsi. Il bambino è un soggetto antropologico molto più complesso del solito individuo maschio, bianco, maturo, occidentale preso come riferimento da gran parte del mondo medico.

Prima di tutto perché non è indipendente nel decidere cosa fare di se.

Non può scegliere quale nome dare al proprio disagio, se e quando riconoscere il momento in cui la propria esperienza di vita in atto si sta trasformando in uno stato di sofferenza su cui intervenire. Non può scegliere le modalità per prendersi cura di se, quali i rimedi a cui affidarsi, quali le persone o gli specialisti, in che scuola trasferirsi se non a suo agio. Non può autonomamente fondare associazioni di alcun tipo che lo tutelino quando il suo comportamento risulta inaccettabile per il senso comune vigente.

Non può capire e gestire le dinamiche processuali per cui, per il comportamento da lui tenuto, viene visto come soggetto deviante e successivamente come malato da curare. Non può scegliere i tempi in cui abbandonare le attività obbligate e dedicarsi a progetti a lui più idonei. Non può decidere di sospendere la scuola benchè stressato ed evadere da un ambiente ad un altro in cerca di sollievo. Inoltre, da un punto di vista più "biomedico", il bambino è un organismo in crescita, la cui struttura si trova nello stato più attivo di plasticità e sviluppo. Perciò, ogni genere di intervento, farmacologico o no, agisce su materia in particolare attività di accrescimento e acquisizione di competenze.

Da un punto di vista più psicologico il bambino in quanto tale sta imparando le strategie emotive di relazione con se e gli altri che probabilmente adopererà per il resto della sua vita, i modelli che decide di seguire ora sono quelli di cui si servirà in seguito, per mezzo dei quali verrà posta in essere la propria personalità, da cui emergerà l'ente come persona, ulteriore componente della società in cui tutti, bene o male, investono una parte di se. Questo flusso continuo di sviluppo, crescita e apprendimento si trova racchiuso in ciò che

possiamo facilmente vedere come investimento per chi ormai è già adulto.

Inoltre, in quanto nuovo osservatore del contesto in cui si trova gettato fin dalla nascita, il bambino, può assumere le forme di un attore critico e giudicante. Spietato nel rinnegare le regole stesse e le modalità di vita a lui proposte e obbligate. Il bambino diventa quindi un attore sociale politico. Nelle sue azioni sono nascoste le critiche fresche a un modello già in uso, a modalità di vita facilmente date per scontato.

Da un punto di vista più organico il bambino si trova ad essere facilmente sottomissibile ma assolutamente da proteggere. Giuridicamente inerte nel far valere le proprie idee, ma ultra tutelato, più di ogni altro individuo o specie in estinzione. Socialmente è un prezioso bacino di investimenti e aspettative ma anche la fonte innocente degli attacchi più gravi alla comunità stessa.

Troppi interessi, potenzialità e aspettative in un soggetto che non ha neanche voce in capitolo su ciò che altri ed io ora, stiamo discutendo. In questo caso in particolare, gli attori sociali tutelanti il bambino si muovono con le stesse dichiaratissime benevoli intenzioni, ma il bambino emerge come stratonato in due direzioni salvifiche diverse, come se fosse stratonato tra due genitori apprensivi ma opposti nelle loro posizioni.

Questi e molti altri sono gli interrogativi emergenti da un caso locale che "sa" di globale, di una realtà medica con forti problemi di riconoscimento ontologico, di una categoria dalla storia confusa e dalla diagnosi incerta.

Leggendo poche righe dell'articolo esposto nel paragrafo precedente, si vedono emergere aspetti interessanti riguardo la sindrome da disattenzione e iperattività e su come essa sia gestita.

- 1) Molti sono gli attori sociali coinvolti, altrettante le forze e gli interessi in gioco
- 2) La soluzione per il trattamento e la diagnosi stessa non pare essere univoca o universalmente accettata, sembra che esistano forti divergenze anche tra una regione e l'altra d'Italia.
- 3) Il soggetto della questione è un'entità meritevole di protezione, non autonomo e particolarmente importante per tutti gli attori coinvolti di qualsiasi schieramento: il bambino.

Nei prossimi capitoli cercherò di approfondire questi punti cruciali, cominciando dal perché questa categoria medica suscita tanto clamore.

Possiamo già immaginare alcune delle ragioni; la sindrome rientra nel campo, mai totalmente privo di ambiguità, delle patologie psichiatriche. Inevitabilmente ad essa è legata la scottante questione degli psicofarmaci. E per di più il soggetto di cui si sta cercando di gestire le sorti è un bambino.

Ce n'è abbastanza per mobilitare parecchi schieramenti.

CAPITOLO 3

Dibattiti locali richiamano questioni globali.

“La medicalizzazione è solitamente il prodotto di un'azione collettiva piuttosto che il risultato di una sorta di “imperialismo medico”.
Peter Conrad (1992)

Migrazione dalla asl di Bologna: le motivazioni di una scelta

Nonostante il Caso Bologna abbia generato una diffusa chiusura verso ogni tipo di indagine e intervista ho avuto comunque la possibilità di parlare con una delle madri più coinvolte da questa vicenda; una delle donne che ha scelto di rivolgersi alla asl di San Donà di Piave perchè non soddisfatta del trattamento offerto dalla realtà sanitaria bolognese.

Varie sono le tematiche emerse dalle esigenze di una madre che nella rivendicazione dei propri diritti incontra i nodi cruciali di un dibattito più ampio intorno al problema dell'adhd.

In particolare Anna si è detta insoddisfatta della realtà bolognese per la difficoltà di reperibilità del farmaco e per la difficoltà diagnostica, facendo inoltre notare come il manuale psichiatrico ufficiale dsm 4 non fosse preso come riferimento dalla asl di Bologna.

Come accennato nel primo capitolo, il dsm 4 è uno dei manuali ufficiali contemplabili dagli operatori sanitari, mentre l'altro è l'icd 10, entrambi sono appunto i manuali ufficiali di riferimento a livello mondiale e la scelta tra l'uno e l'altro varia in Italia da regione a regione, in funzione delle direttive regionali.

Un'altra rivendicazione che la madre ha fortemente sostenuto è stato il carattere biologico della sindrome; il fatto che molti studi ormai dimostrino la presenza di disfunzioni nella fisiologia cerebrale del bambino affetto da adhd, per cui, un approccio come quello tenuto a Bologna, che sottovaluta l'organicità per un'analisi più ambientale, tende a trascurare la sindrome nella sua organicità di patologia trattandola più come disagio sociale.

Le tematiche affrontate in prima persona da Anna, madre emotivamente coinvolta, sono emerse anche durante gli incontri con i principali referenti delle due asl prese in causa nel caso Bologna: il Dott. Stefano Trebbi, Neuropsichiatra Infantile Responsabile del “Centro di Riferimento per l'ADHD” dell'Azienda USL di Bologna il Dott. Claudio Vio, Psicologo Dirigente presso l'Unità Operativa Neuropsichiatria Infantile Asl di San Donà di Piave (Venezia).

Fondamentali inoltre, sono stati gli incontri con Luca Poma, portavoce nazionale di “Giù le mani dai bambini”, e Gian Marco Marzocchi, ricercatore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione all'Università degli Studi di Milano Bicocca e presidente dell'aidai-onlus, uno dei maggiori esperti italiani sulla sindrome adhd.

Durante le interviste ho tentato di gettare luce sulle dinamiche che corrono trasversalmente tra i vissuti delle famiglie, le pratiche dei medici e degli insegnanti, notando come i punti principali al centro dell'attenzione riguardino: il riconoscimento diagnostico della sindrome, i manuali psichiatrici di riferimento, l'approccio psicodinamico e quello organico, il problema della devianza, e quello della realtà organica della patologia.

Tornando all'incontro con Anna, mi è parso molto interessante il fatto che in quanto madre preoccupata per le sorti del proprio figlio, ella manifestasse una forte spinta a rivendicare come patologia il disagio del bambino: la rabbia si esprimeva infatti nei confronti delle entità che sottovalutavano il problema, negandone la realtà di patologia medica. A Bologna infatti, la signora aveva avuto difficoltà nel far riconoscere la diagnosi, restando quindi, solo con un figlio problematico, ma non malato.

A livello globale sono numerose le associazioni che si occupano di questo mancato riconoscimento, nel Nord America in particolare.

Il CHADD si presenta come una delle più note e potenti associazioni di persone affette dalla sindrome che cercano tutela e riconoscimento che conta al suo attivo più di 20000 iscritti. Associazione no profit nata nel 1987, la sua fondazione è stata la risposta al senso di isolamento e frustrazione percepito dai famigliari dei bambini affetti dalla sindrome, similmente all'Aifa nostrana. Il Chadd ha però raggiunto insperati e notevoli traguardi rispetto alle nostre associazioni: I bambini adhd in America possono avere accesso a programmi di istruzione speciali nonché ad insegnanti di sostegno a loro disposizione. Inoltre, fenomeno ancora emergente in Europa, anche gli adulti adhd possono avere facilitazioni nel proprio contesto lavorativo. Il motto dell'associazione non a caso è il seguente: "CHADD improves the lives of people affected by AD/HD".

(<http://www.chadd.org/Content/CHADD/AboutCHADD/Mission/default.htm>).

Lo stesso Dott. Marzocchi accenna ai diversi approcci in ambito psichiatrico vigenti nei vari paesi : “ ...penso ci sia un problema culturale; in America vige un atteggiamento molto più pragmatico e basato su singole variabili, quindi una scienza psichiatrica, psicologica che utilizza delle variabili misurabili, quantificabili si addice meglio ad una scelta culturale di quel tipo. In Italia questo tipo di approccio è visto come riduttivo, il problema è visto come molto più ampio, più contestualizzabile, approccio seguito anche dalla Francia... Negli USA vige una tendenza comportamentista, più estrema perchè si tende a voler quantificare i risultati in tempi rapidi. In Gran Bretagna invece, si valutano maggiormente le variabili psicologiche. In Italia i neuropsichiatri che hanno una preparazione e una formazione neurobiologica sono ancora pochi, è molto più diffusa l'impostazione psicodinamica”.

In Italia la situazione sembra infatti essere alquanto differente: c'è ancora una parte tra specialisti e opinioni pubblica che non è a conoscenza della sindrome o addirittura ne nega l'esistenza (Bonati 2000).

Anna in particolare si lamenta della realtà locale di Bologna e dell'Emilia Romagna in generale, a suo dire in ritardo o in controtendenza rispetto alle altre regioni.

Di fronte a queste rivendicazioni ho pensato fosse interessante conoscere il parere degli specialisti bolognesi direttamente coinvolti.

Il dottor Trebbi, in rapporto al clamore suscitato dal caso Bologna, risponde chiamando in causa il problema della scelta del manuale di riferimento (come accennato da Anna) ”... utilizziamo una classificazione che ha delle cifre ridotte rispetto all'incidenza dell'adhd: con l' icd 10 si ha l'1% mentre con le altre classificazioni si arriva al 5%, 6% ... il registro nazionale dice che sono due le classificazioni attraverso cui si può arrivare ad una diagnosi... il dsm se anche c'è depressione e disturbi psichiatrici associati afferma che sono in comorbidità e quindi si può fare comunque diagnosi di adhd. Invece l'icd 10 afferma che se è già presente una depressione importante, o un disturbo psichiatrico rilevante, questo prevale sulla diagnosi adhd. Questo riduce sicuramente i numeri... in base a questa interpretazione in alcune zone in cui si riconosce come manuale il dsm la diagnosi può esserci con numeri più alti... La scelta del manuale non è a discrezione del singolo operatore, non l'abbiamo scelta perchè è più restrittiva, l'icd 10 è la nostra classificazione regionale, non so le altre regioni... Queste sono questioni di formazione, di cultura, nel senso che a Bologna, in Emilia Romagna, la neuropsichiatria infantile, una parte almeno, si è formata molto in linea con la Francia che ha una formazione più psicodinamica mentre l'approccio più neurobiologico che sarebbe più americano e anglosassone è arrivato ultimamente. Molti degli operatori che lavorano sul servizio territoriale hanno una formazione psicodinamica, il che non vuol dire che escludano gli aspetti neurobiologici, però sicuramente rimane forte l'impostazione psicodinamica...”

La principale differenza tra i due manuali sta nella diversa modalità di definizione del disturbo: nel dsm si utilizza il termine Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, mentre nell'icd 10 si utilizza l'espressione Disturbo Ipercinetico, con sottogruppo Disturbo dell'Attività e dell'Attenzione (ICD 10). Inoltre per il dsm 4, il disturbo deve comparire prima dei 7 anni, mentre per l'icd 10 , è necessario riscontrare i primi sintomi verso i 3 anni. L'icd 10 tende a non ammettere diagnosi associate (comorbidità), tenta di descrivere una specifica sindrome per ogni tipologia di paziente. Nel dsm 4 invece i canoni sono meno restrittivi dell'icd 10 e si formula diagnosi di adhd anche se sono presenti altri disturbi e meno sintomi.

A seconda del manuale di riferimento, dunque, si formulano diagnosi diverse, e di conseguenza si rilevano dati differenti relativamente alla diffusione del disturbo: secondo il dsm 4 infatti i pazienti con adhd sono circa il 5 % mentre secondo l'icd 10 sono meno del 2 % .

E' importante precisare che le categorizzazioni mediche elaborate negli anni dal dsm sono aumentate esponenzialmente: dalla prima pubblicazione del dsm nel 1953 che elencava circa 60 disturbi mentali, si è passati a 120 nell'edizione del 1969, 200 in quella del 1987, fino ai più di 353 disturbi dell'attuale dsm 4.

Il DSM-IV, è la quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in inglese) pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA), nel 1994. Consiste in una classificazione "nosografica teorica assiale" dei disturbi mentali. I disturbi mentali vengono definiti in base a quadri sintomatologici, e quest'ultimi sono raggruppati su basi statistiche. La prima versione risale al 1952 (DSM-I); da allora ve ne sono state nel 1968 (DSM-II), nel 1980 (DSM-III), nel 1987 (DSM-III-Revised), nel 1994 (DSM-IV) e nel 2000 (DSM-IV-Text Revision; quella attualmente in vigore). Sono state anche effettuate piccole modifiche nelle ristampe di alcune versioni intermedie; particolarmente significativa la settima ristampa del DSM-II, che nel 1972 espunse l'omosessualità dalla classificazione psicopatologica. Il manuale è utile come riferimento per lo specialista per determinare, tramite il metodo deduttivo, se il comportamento di un paziente sia inseribile in un quadro sindromico statisticamente rilevante, prescindente dal substrato culturale dell'esaminatore. Anche se il suo utilizzo è ormai riconosciuto e accettato nella pratica clinica (superando in diffusione anche la classificazione internazionale dell'ICD-10), vi sono molte discussioni sulla reale "ateoreticità oggettiva" nella definizione delle categorie sindromiche, e sulla rigidità (a volte disfunzionale) dei criteri inclusivi ed esclusivi delle stesse. Ciò nonostante, la standardizzazione che propone nella classificazione sindromica è ormai condivisa a

livello internazionale. La classificazione ICD (dall'inglese International Classification of Diseases) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO, dall'inglese World Health Organization).

L'ICD è uno standard di classificazione per gli studi statistici ed epidemiologici, nonché valido strumento di gestione di salute e igiene pubblica. È stata sottoscritta da 43 nazioni dell'OMS nel maggio 1990 ed ha iniziato ad essere utilizzata intorno al 1994. È oggi alla decima edizione, ma è l'ultima di una serie di tentativi di classificazione ragionata, iniziata circa nel 1850.

Nel Nord America viene utilizzato quasi esclusivamente il DSM 4, in Europa invece è più diffuso l'utilizzo dell'ICD 10, questa importante differenziazione è la causa principale del fatto che in Europa il disturbo viene riconosciuto meno frequentemente (e da meno tempo) che nell'America del nord (Marzocchi 2003 pag. 14-15).

Vediamo quindi emergere uno dei primi punti cruciali; in psichiatria i manuali di riferimento sono più di uno, le diagnosi avranno un'incidenza differente a seconda della scelta del manuale di riferimento.

Essendo la scelta del manuale non a discrezione del singolo operatore, la tendenza delle direttive regionali in Emilia Romagna deve aver appoggiato l'ICD 10 rispetto al DSM 4, malgrado le richieste di Anna, per questioni appunto relative alle correnti culturali locali dominanti in ambito psichiatrico.

Anche il dott. Marzocchi cita il problema della scelta del manuale di riferimento: "C'è il problema delle varie correnti tra gli psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, ci sono quelli più dinamici, comportamentisti, cognitivisti sistemici e tutte le varie sottocategorie: questo naturalmente ha fatto sì che la scelta dei manuali diagnostici possa variare". Marzocchi continua accennando al fatto che Bologna segua un approccio più dinamico che quindi le scelte relative alla prescrizione del farmaco o primariamente la scelta regionale del manuale in uso sia influenzata da questa corrente psichiatrica che in generale interessa molto l'Italia rispetto ad altri paesi come l'America o la Gran Bretagna dove invece si segue un approccio più organicista. Inoltre sostiene che l'ICD 10 sia un manuale che cerca di individuare una tipologia di pazienti più omogenea rispetto al DSM 4, cercando di individuare il vero prototipo di bambino con ADHD (Marzocchi 2003).

Anche il dott. Vio, diretto interessato nel caso Bologna, cita l'approccio dinamico: "le scuole di neuropsichiatria infantile in Italia hanno sempre avuto un approccio predominante di tipo psicodinamico, meno biologico".

Luca Poma, decisamente più critico, afferma: "il DSM 4, la bibbia dei disturbi psichiatrici, è stato redatto da medici e specialisti con dichiarati intenti finanziari, questo di per sé non è indice di scorrettezza però ci fa riflettere, nel senso che questi criteri tendono ad essere via via più larghi ad ogni edizione del DSM tanto che sembra che tutti rientrino nell'ADHD, invece l'ICD 10, dell'Istituto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha criteri molto più rigidi. Se andiamo a confrontare i questionari dell'uno e dell'altro scopriamo che il DSM ha una rete a maglie molto più larghe di quella dell'OMS... si deve spiegare perché viene utilizzato sistematicamente per la diagnosi non l'ICD 10 che pure è un testo di un'organizzazione governativa, sovranazionale come l'OMS e viene utilizzato il DSM che è di stampo privatistico, stampato da un'associazione privata, che è l'associazione psichiatrica americana."

Ma quali sono stati i processi dinamici che hanno portato l'Italia e in particolare l'Emilia Romagna ad un approccio psicodinamico? Che cosa si intende per psicodinamico?

Psicodinamico Contro neurobiologico

Tra i medici che ho avuto modo di intervistare, tutti hanno almeno accennato alla dialettica Psicodinamico-Neurobiologico, mi sembra quindi utile approfondire meglio cosa significano questi due termini e quali sono gli esiti dell'imporsi di uno rispetto all'altro riguardo la sindrome ADHD.

Rafalovich dedica un intero capitolo del suo libro "Framing ADHD children" (2004) a questa tematica, essendosi anch'egli imbattuto in specialisti che affermavano di appoggiare l'una o l'altra corrente.

I clinici che adottano un approccio psicodinamico tendono a considerare i sintomi dell'ADHD in relazione alle difficoltà tra i bambini e i loro genitori, la scuola e gli altri contesti in cui si trova immerso il bambino; i sintomi dell'ADHD secondo questa prospettiva sono le risposte comportamentali all'ambiente sociale.

I clinici che hanno una formazione neurobiologica invece tendono a riferirsi all'ADHD come ad una specifica alterazione nella fisiologia cerebrale. Secondo quest'ultima prospettiva, l'ADHD è trattata con le stesse modalità delle altre patologie somatiche.

I sostenitori dell'approccio psicodinamico tendono a guardare con scetticismo le modalità diagnostiche descritte dal DSM 4, poiché tendono a concentrarsi sull'ambiente e sui processi dinamici che coinvolgono la famiglia e che in quanto tali difficilmente sono interpretabili con le rigide griglie descrittive dei criteri del DSM 4. L'approccio psicodinamico comunque non nega ogni causalità organica per un'anomalia comportamentale, piuttosto pone maggior enfasi sul grado in cui i bambini dimostrano di avere una sana reciprocità psicosociale con il loro ambiente piuttosto che concentrarsi sulla disfunzione neurologica. L'approccio psicodinamico, tende a concentrarsi sulla psicoterapia, necessaria per una ricentatura dell'ego

precedentemente frammentato, sostenendo inoltre che il bambino problematico non sia un sistema isolato di per se, ma una parte di un sistema familiare che non funziona adeguatamente. Infatti, con una comprensione psicodinamica dell'adhd è facile che all'intera famiglia sia suggerito di sottoporsi a psicoterapia.

Per alcuni esperti (Diller 1998) lo stacco tra psicodinamico e organico non è così netto; si può riconoscere un danno o disfunzione cerebrale, correlata alla situazione problematica del bambino, ma il comportamento dell'individuo risulta essere un meccanismo di sopravvivenza, una risposta individuale, che si cristallizza nell'abitudine. Il farmaco, ad esempio, agendo sulla fisiologia cerebrale può placare i sintomi più invalidanti fornendo il tempo e le risorse per agire a livello sociale sui sistemi in cui il bambino si trova a dover interagire.

Inoltre quando la spiegazione teorica di un processo patologico non è ancora chiara e le cause rimangono oscure come per l'adhd, i clinici che seguono l'approccio più psicodinamico tendono ad abbandonare le pretese esplicative sull'eziologia e tendano a concentrarsi sulle manifestazioni comportamentali che risultano essere certe e sulle quali è possibile agire. Il focus quindi rimane sul comportamento più che sulla fisiologia. Senza arrivare alle tendenze antipsichiatriche in cui le patologie mentali sono viste come costruzione a tavolino di categorie che inquadrino comportamenti non socialmente accettati (Szasz 1974), si può comunque notare che l'approccio psicodinamico, riportando l'attenzione sulle dinamiche sociali e familiari, non individualizzando nel bambino le problematiche e sospendendo l'attenzione sulla fisiologia e sull'organicità del disturbo tende ad esprimersi come un approccio critico verso le diagnosi e prescrizioni farmacologiche facili.

Inoltre i clinici che seguono l'approccio psicodinamico tendono a concentrarsi meno sulla diagnosi in se e per se. L'etichetta diagnostica adhd non è significativa come il comportamento che il bambino esibisce; una volta che tutti i criteri del manuale diagnostico sono stati rispettati il clinico psicodinamico non ha esaurito il suo processo valutativo, l'acquisizione dell'etichetta clinica e neurologica di adhd è irrilevante se non si ricerca una profonda comprensione del contesto sociale e psicologico attorno al bambino.

Questo genere di approccio rende il medico più libero nella scelta terapeutica: la maggiore concentrazione sulla rete familiare e sociale porta ad un approccio terapeutico più vasto e vario, e la minore attenzione sulla neurofisiologia del disturbo rende la scelta del farmaco meno immediata. Inoltre penso che esista proprio una scelta "politica" nel voler distaccarsi dalla figura di diagnosticatore, che con manuale alla mano, inserisce il bambino all'interno di criteri preordinati.

Possiamo concludere che questo approccio, nonostante tutto, non escluda la patologizzazione del bambino, che sebbene più libero da diagnosi strettamente manualistiche, resta valutato comunque come un bambino fuori dal normale. E questa anomalia contribuisce al labelling, a prescindere dalla nomenclatura utilizzata si finisce con il parlare di qualcuno che è fuori dalla soglia di accettabilità comportamentale, e questo sarà sufficiente perchè politiche di intervento, più o meno aggressive, vengano comunque organizzate.

Kirk e Kutchings (1992) dedicano un intero libro alle dinamiche che sottendono la produzione e l'utilizzo dei manuali diagnostici psichiatrici. Una delle più interessanti osservazioni è la questione della compensazione finanziaria legata alla diagnosi psichiatrica. Come accennato precedentemente per le politiche di riconoscimento della sindrome da parte del chad, dietro il raggiungimento di una diagnosi ci sono anche tutte le buone ragioni dei pazienti stessi, o dei loro familiari che riescono ad avere coperture finanziarie. Questo, al peggio, può portare ad un aumento delle diagnosi, in pratica per accedere ad accomodazioni e facilitazioni economiche è necessario che esista una diagnosi standardizzata e riconosciuta uniformemente, e che il dottore completi il percorso diagnostico nella direzione richiesta dal paziente.

Per poter rivendicare diritti e facilitazioni economiche in quanto malati di una certa patologia servono necessariamente criteri standardizzati attraverso i quali si decida in modo univoco chi è malato e quindi può accedere a questi diritti e chi no. Il dsm4 quindi, serve a molti più agenti sociali di quanto sembri. L'adhd insieme ad altre patologie mentali come l'alzheimer, il disturbo da personalità multipla, il disturbo da stress post traumatico, la sindrome da fatica cronica hanno posto in essere delle vere e proprie comunità di malati che lottano per il riconoscimento e la rivendicazione di diritti e di facilitazioni economiche.

Alcuni studiosi pensano che la nascita di così tante comunità specifiche che si adoperino per rivendicazioni e riconoscimenti sia una nuova manifestazione di relazione morale tra gli individui dello stesso contesto sociale (Rose 1996).

L'approccio neurobiologico tende a ridurre i sintomi dell'adhd a processi biologicamente determinati e a fare quindi del trattamento farmacologico una scelta praticamente conseguente alla diagnosi.

Le prospettive che guardano all'adhd come a una patologia di entità neurologica cercano accordo e unità di vedute su cause, diagnosi e trattamento. Una delle critiche più forti all'approccio psicodinamico infatti è che capire quali possano essere le cause determinate dalla famiglia e dall'ambiente in cui il bambino vive, significa addentrarsi in un terreno che difficilmente darà una risposta univoca ed esauriente. Per non parlare poi della psicoterapia estremamente costosa in termini di tempo e di risorse umane.

Il problema dell'approccio neurobiologico verso la sindrome adhd, che in altre patologie ha il suo spazio di

efficacia, è che la causa organica che sottende la sindrome è ancora troppo incerta e lontana. Infatti uno dei punti di successo è il trattamento farmacologico nel processo diagnostico stesso. La diagnosi adhd infatti viene perseguita anche tramite la cura preventiva con il farmaco; se il paziente risponde positivamente al trattamento si può avanzare con più sicurezza verso la diagnosi di adhd.

Una delle altre caratteristiche dell'approccio neurobiologico è il credere in un processo conoscitivo in evoluzione, un accumulazione di conoscenze che spieghino approfonditamente la neurofisiologia cerebrale e quindi le patologie determinate da essa.

Russel Barkley, ad esempio, una delle autorità più riconosciute le cui idee sostengono il dibattito attuale sull'adhd, sostiene fortemente il collegamento tra anomalie biochimiche nella fisiologia cerebrale e i sintomi della sindrome, riuscendo a raggiungere anche la comprensione meno specialistica dei profani, non medici. La popolazione è sensibilmente influenzata anche da risposte "tecniche" sul funzionamento dei neurotrasmettitori come la dopamina nello spiegare i processi sottostanti la sindrome. Infatti nonostante l'incertezza eziologica e diagnostica la prospettiva neurobiologica è la lente dominante attraverso cui il disturbo è compreso. La voce dominante che attraversa i media, sia specialistici che popolari è quella neurobiologica.

L'evidenza scientifica, nella nostra epoca, ha un peso e un potere innegabile; il fatto che ricercatori si stiano adoperando per la scoperta di una causa organica specifica, sebbene senza risultati validi, rassicura la popolazione sul fatto che almeno si stia lavorando per avere una risposta univoca che spieghi tutti i disagi che stanno alla base del bambino problematico. Questo è un punto molto forte a favore dell'approccio neurobiologico.

Al contrario, l'approccio psicodinamico non offrirà mai un' unica causa alla base del disturbo, Men che meno questa causa sarà disponibile ai nostri occhi e manipolabile al microscopio. Il punto debole dell'approccio psicodinamico è che il bambino può avere danni organici o meno, può essere sottoposto a terapia psicoanalitica oppure no, può essere medicalizzato oppure no: non offre posizione univoca nei confronti del disagio.

Il fascino del dominio visivo nell'attuale zeitgeist permette all'uomo di avere la sensazione di poter controllare più o meno tutto. Una scienza che si affida a potenti e innovative tecnologie diagnostiche pone il dominio della vista e del controllo sopra tutte quelle ben più labili e oscure cause socio ambientali che costituiscono la materia di lavoro dell'approccio psicodinamico, che difficilmente troverà un causa unica, tangibile e soprattutto visibile al disagio del bambino problematico.

L'adhd offre un altro esempio di una patologia che è stata re-biologicizzata (Young 1995, pag 270) è stata riconnessa alla scienza dura biologica attraverso una serie di legami: droghe psicoattive che connettono categorie diagnostiche con specifici processi biochimici, tecnologie di immagine che danno una visione dell'anatomia e della fisiologia cerebrale, un sistema nosologico standardizzato e una nuova prerogativa lavorativa per gli psichiatri che abbandonano l'approccio psicoanalitico per la gestione di trattamenti psicofarmacologici.

Come per altri disturbi la ricerca della causa biologica pone di diritto la psichiatria all'interno delle scienze naturali, scienze dure, discipline forti, con la prospettiva condivisa del raggiungimento di un unità delle scienze, guidate dal comune paradigma del metodo scientifico.

Citando M.Foucault a proposito del bambino indocile (Foucault 1975) "si cerca di costruire un processo patologico sotterraneo e causale del comportamento deviante che sarà trasformato in sintomo". Questo processo, sebbene inverte l'ordine logico di scoperta delle dinamiche patologiche, (spiegazione biologica che giustifichi la categorizzazione di un disturbo) è comunque diretto, sebbene con un scomodo ritardo, verso una causa unica visibile e misurabile del problema. Del resto la misurabilità rappresenta il nucleo fondamentale dell'episteme della cultura occidentale (Foucault 1966).

Causa organica, visibile, misurabile che tra l'altro alleggerirà le responsabilità di molti variabili e attori sociali.

Non c'è da meravigliarsi che, efficace o no, successo o meno, questa sia la strada d'elezione.

In ogni caso, finché non verrà trovata una causa specifica organica alla base del disturbo, questo dibattito continuerà a lungo.

Per quanto riguarda i percorsi storici che hanno posizionato le correnti psicodinamiche e neurobiologiche nelle coordinate attuali, bisogna partire dagli anni '60 e '70; periodo in cui furono utilizzati questionari standardizzati e strumenti statistici per rendere le diagnosi più empiriche e per compiere studi su possibili cause genetiche. A queste risorse si aggiunsero, nelle ultime due decadi, le tecniche di neuroimmagine; per lo studio del funzionamento cerebrale (Nefsky 2004).

In particolare Andrew Lakoff (2000) sostiene che l'approccio psicoanalitico all'iperattività fu oltrepassato dalla popolarità delle nuove tecniche mediche come i questionari standardizzati e i criteri diagnostici del dsm 4.

Ma non fu solo lo sviluppo tecnologico e scientifico che fece compiere il grande passo avanti all'approccio

neurobiologico.

Lakoff descrive la crisi della psichiatria infantile negli anni '70. Fino a quel periodo il campo della psichiatria infantile era stato dominato dalla prospettiva psicodinamica introdotta da uno dei suoi fondatori, Adolph Meyer, e da Freud. L'enfasi sull'analisi della storia di vita del paziente per capire i disagi era considerata superiore, sofisticata, più attenta all'individuo che una riduzionistica valutazione descrittiva.

Una diagnostica nosologica, descrittiva, introdotta dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin agli inizi del 900 e ritornata in vigore negli anni 70, limitò la psichiatria alla descrizione e classificazione dei disturbi senza preoccuparsi delle cause e diagnosticando i pazienti con rigide griglie. Questo cambiamento si verificò quando la professione dello psichiatra infantile era a rischio di perdere il suo prestigio e anche la clientela.

Dagli anni 1970, quando negli USA iniziò ad emergere l'esigenza che i trattamenti fossero provati della loro efficacia e della loro efficienza con statistiche, studi clinici con gruppi di controllo, studi longitudinali, tabelle e grafici... (Lakoff 2000 pag. 155) questa nuova attitudine pose la psicoanalisi sotto giudizio, poiché le sedute erano lunghe, costose e difficilmente si poteva provarne l'efficacia. La psichiatria al contrario della medicina, e delle altre sorelle come la biologia e la neurofisiologia, non aveva al suo attivo progressi nella comprensione della mente umana, dei suoi disturbi e del relativo trattamento. La psichiatria ha sempre avuto questa specie di senso d'inferiorità rispetto alla medicina. Per fare della psichiatria una scienza biomedica occorreva quindi incrementare la centralità della ricerca clinica, che necessitava a sua volta di protocolli terapeutici standardizzati e criteri diagnostici riconosciuti. L'epidemiologia, scienza fondante del sapere biomedico, non racconta singoli casi studio ognuno con una storia ed un vissuto particolare ma raccoglie numeri, set di risposte a precise domande in questionari che guidano il posizionamento degli individui in categorie diagnostiche precise.

Negli anni 60 iniziò anche l'esplosione della psicofarmacologia (Shorter 2000), gli psicofarmaci risultarono essere molto più efficaci della psicoanalisi, inoltre la psicofarmacologia permetteva alla psichiatria di abbracciare il modello biomedico, elevandone il prestigio.

Quindi dopo gli anni 60 il modello neurobiologico risorse con farmaci realmente efficaci e con la dimostrazione che i disturbi psichiatrici dipendevano da fattori insiti nella materia cerebrale e non da modelli materni inadeguati o da un ambiente sociale disadattivo. Negli Stati Uniti, in anticipo rispetto all'Europa dove il modello neurobiologico non era ancora così forte, la psichiatria biologica conquistò lo spazio in cui regnava da anni la psicoanalisi, dando avvio alla così detta seconda psichiatria biologica (Shorter 2000).

Lakoff giunge così alla conclusione che i cambiamenti avvenuti in psichiatria negli anni '70 furono una sorta di strategia di salvezza per la disciplina che stava perdendo vitalità vista la mancanza di innovazioni sia in ambito terapeutico che per quanto riguarda la comprensione della mente umana.

Il passaggio definitivo da un approccio psicodinamico a una nosologia descrittiva, radicata sul terreno dell'organicità si cristallizzò negli anni '80 con la pubblicazione e la diffusione del manuale dsm3 basato su categorie diagnostiche descrittive, oggettive, con il quale si ebbe la sospensione della problematica eziologica nella promessa futura che sarebbero state rivelate prima o poi le cause organiche sottostanti ciascun disturbo. Il dsm3 è una macchina diagnostica che libera la diagnosi psichiatrica dalle idiosincrasie sia del soggetto analizzato sia del soggetto esaminante. Lo psichiatra da interprete della seduta psicoanalitica indossò i panni del misuratore diagnostico. Citando Lakoff, lo psichiatra si tramutò da interprete del passato a compilatore di questionari, privo ormai di responsabilità ermeneutiche.

Il modello biomedico applicato alla psichiatria portò diversi vantaggi. Diede prestigio alla disciplina come rigorosa scienza medica. Fornì una convincente spiegazione organicista ai pazienti e ai loro parenti, alleggerendoli della responsabilità morale (l'approccio psicodinamico invece tende facilmente a colpevolizzare la famiglia, essendo il contesto di vita fortemente analizzato e ritenuto responsabile in caso di bambini problematici). Inoltre i nuovi metodi statistici resero sindromi ambigue come l'adhd, più rilevanti; l'esistenza di una griglia diagnostica, anche se imperfetta e temporanea, ispirò un certo grado di accordo e fiducia nella diagnosi come atto medico. Del resto, il riduzionismo dei criteri diagnostici dei manuali psichiatrici non è altro che l'espressione della tendenza primaria del modello biomedico applicato alla psichiatria. E, che i psicodinamici lo approvino o meno, è il modello vincente nel paradigma scientifico attuale. Come già detto, il riduzionismo scientifico offre vantaggi che la prospettiva psicodinamica non può assicurare, senza essere peraltro necessariamente più valido.

Richiamando le analisi di Foucault si può intuire che ciò di cui adesso la psichiatria si fa carico è il comportamento con le sue deviazioni e le sue anomalie, facendo riferimento a sviluppi normativi più che a malattie. Ma la psichiatria per poter avere il prestigio e il potere di una "medicina" è obbligata a considerare il comportamento che evade dalle norme come una malattia vera e propria. La psichiatria diventa scienza dei comportamenti normali e anormali: "è stato necessario stabilire dei sintomi come la malattia organica; è stato necessario nominare, classificare, organizzare, le une rispetto alle altre le diverse malattie; è stato necessario istituire delle eziologie sul tipo di quelle della medicina organica, cercando sul versante del corpo o su quello delle predisposizioni gli elementi che potevano spiegare la formazione della malattia". (Foucault 1975)

Salpata all'ultimo secondo sulla nave del modello medico, la psichiatria infantile si salvò dal rischio di

scienza priva di innovazioni e successi per seguire un approccio biomedico che accontentasse specialisti, pazienti e famigliari con un generale e diffuso senso di liberazione dalla responsabilità del disagio.

Fornendo una riassunto schematico si può dire che l'adhd sembra aver assunto le proporzioni di patologia psichiatrica più studiata e dibattuta grazie alla contingenza di vari fattori:

Negli anni '50 e '60 una serie di sostanze psicoattive furono scoperte e utilizzate come trattamento efficace per molte patologie psichiatriche. L'avvento della seconda psichiatria biologica in America che ha comportato la dominanza dell'approccio organicista su quello psicodinamico, supportando il trattamento psicofarmacologico e la nosologia descrittiva. L'emergere di tecniche di neuro immagine per la comprensione della fisiologia cerebrale, e il nuovo interesse per la genetica e l'epidemiologia da parte del mondo medico. Nello stesso periodo il nuovo focus della ricerca in psicologia furono fenomeni mentali interni come la memoria e l'attenzione, interesse teorico che creò l'emersione del paradigma cognitivista. Infine la crisi che investì la professione psichiatrica negli anni '70 (T. Armstrong 1995). L'adhd ebbe modo di emergere come disturbo cognitivo, con vaghe correlazioni organiche, probabilmente su base genetica ed ereditabile, caratterizzato da problemi cognitivi che potevano essere trattati efficacemente con l'impiego di psicofarmaci.

Per quanto riguarda la situazione italiana, negli ultimi anni è sicuramente aumentata l'attenzione nei confronti dell'adhd e, seguendo le orme nordamericane, una parte sempre più vasta di clinici riconosce che i modelli classici di interpretazione del disagio infantile (soprattutto quelli derivanti dalla psiconalisi) difficilmente forniscono gli strumenti adatti per comprenderlo e fronteggiarlo. Al tempo stesso le psicoterapie dinamiche vengono sempre più spesso ritenute non idonee a fornire soluzioni adeguate. In Italia, sebbene l'approccio psicodinamico sia ancora forte sembra si stia gradualmente affermando il modello organicista che risulta essere solo l'ultimo passo di un cammino ricco di eventi importanti per la storia della psichiatria nazionale e non solo, come vedremo nel prossimo capitolo (Marzocchi 2003).

La psichiatria infantile e la pedagogia in Italia: ritardi o differenze?

La psichiatria infantile in Italia si è sviluppata ad un ritmo più lento rispetto alla psichiatria per gli adulti, e rispetto alla psichiatria infantile stessa in altri paesi (Frazzetto 2007).

Per buona parte del '900 la psichiatria infantile è stata associata alla tradizione neurologica (Migone 1996, 1999).

Si può dire che in Italia i pionieri della psichiatria infantile siano stati Sante De Sanctis (1862-1935), Giuseppe F. Montesano (1868-1951) e Maria Montessori (1870-1952), che diedero alla disciplina una doppia anima psichiatrica e pedagogica (Bollea, 1960; Nardocci, 1986; Giannotti, Ferrara & Sabatello, 1992).

Il fatto che in Italia la nascita della psichiatria infantile sia stata fortemente legata a una tradizione di stampo pedagogico, per di più guidata dalla figura carismatica della Montessori, può già dare un'idea degli influssi che hanno spinto verso un'impostazione psicodinamica, o almeno non fortemente neurobiologica.

Maria Montessori, nel 1896, fu la prima donna ad ottenere una laurea in Medicina in Italia (a quel tempo le donne non venivano accettate alla Facoltà di Medicina). Dopo aver iniziato la sua carriera all'Università di Roma, nel 1898 presenta la prima impostazione del suo metodo ("Sull'educazione morale") al Congresso di Pedagogia di Torino. Sull'eco di quel congresso il trio Bonfigli-Montesano-Montessori, con l'aiuto del Ministro Baccelli, crearono prima il Comitato (1898), poi la Lega Nazionale per la Protezione del Fanciullo (1901).

Nel 1900 la Montessori viaggia a Parigi, Londra, in Belgio, Svizzera e in altri paesi europei; sente molto parlare di Séguin e del suo metodo pedagogico, se ne entusiasma e, tornata in Italia, tiene conferenze in varie città per farlo conoscere, andando incontro a notevoli delusioni rispetto all'interesse per questa nuova possibilità riabilitativa. Gradualmente arriva a formulare il suo metodo, inizialmente basato sulla "intuizione che la questione dei 'deficienti' era d'ordine più pedagogico che medico". Contrariamente dunque a Séguin, che inizia da pedagogista per poi studiare medicina, la Montessori inizia dalla medicina per poi scoprire che essa deve unirsi alla pedagogia per la terapia dei bambini anormali. Prende dunque forma il metodo pedagogico della Montessori, basato su un ampliamento della esperienza di Séguin, secondo il quale l'educazione degli anormali non è specifica, ma si basa sui principi educativi adatti anche ai cosiddetti normali. Decide a questo punto di dedicarsi essenzialmente alla pedagogia, iscrivendosi anche alla Facoltà di Filosofia, e nel 1907 abbandona definitivamente il campo della psichiatria infantile, per dedicarsi ad alla prima sperimentazione di un metodo educativo che dovrà diffondersi in tutto il mondo. Dirà nel 1926, con perfetta coscienza: "40 anni di lavoro tra Itard e Séguin e 10 anni miei sono 50 anni di lavoro successivo di tre medici che aprirono la via di tutta la moderna pedagogia".

Tante altre sono le vicende che potrebbero essere ricordate. Preziosa, per una ricostruzione storica della psichiatria infantile in Italia, è la testimonianza di Giovanni Bollea, che ha vissuto di persona i primi passi di

questa disciplina, come si vede ad esempio nella lezione inaugurale del Corso Ufficiale di Neuropsichiatria Infantile da lui tenuta alla Università di Roma il 20 gennaio 1960. In questa lezione inaugurale Bollea ricorda che nel 1900 De Sanctis apriva a Roma il primo ambulatorio di neuropsichiatria infantile, e esattamente trenta anni dopo, nel 1930, Cerletti (noto anche per aver inventato l'Elettroshock) a Genova e Sante De Sanctis a Roma inaugurano i primi due reparti infantili universitari presso la Clinica di Malattie Nervose e Mentali. Dopo altri trenta anni circa, viene sancita la richiesta di mettere tra le materie di insegnamento universitario la neuropsichiatria infantile a Roma.

Nel 1932 la PIA organizza a Roma il 3° Convegno Nazionale Medico-pedagogico, dove De Sanctis evidenzia i due poli della psichiatria infantile (quello organico e quello psicosociale) e ripropone il lavoro di équipe come base per lo studio del bambino. Nel 1934 B. Di Tullio contribuisce alla nascita dei Consultori di pedagogia emendativa presso i Tribunali per minorenni, per affrontare gli aspetti psicologici della devianza minorile, e nel 1936 crea il primo Centro per lo studio della criminologia minorile. Partono molte iniziative per il ritardo mentale, e si moltiplicano le classi differenziali nelle scuole (verranno abolite dietro l'ondata della contestazione antipsichiatrica della fine degli anni Sessanta, in quanto ritenute discriminanti e tendenzialmente patogene).

Dalla metà degli anni Trenta la psichiatria infantile in Italia subisce una battuta d'arresto, per poi riprendersi alla fine della seconda guerra mondiale. Nuove patologie infantili, anche dovute ai danni della guerra, si presentano all'attenzione, quali soprattutto le paralisi cerebrali infantili e le patologie del carattere. Gradualmente si nota l'innesto, sulla precedente tradizione culturale prevalentemente organicista, di nuovi modelli teorici provenienti dall'estero, basati sull'attenzione alla psicodinamica familiare, sull'uso di test proiettivi, sull'intervento sull'ambiente. Nel 1948, al Congresso di Venezia della Società Italiana di Psichiatria (SIP), viene fondato il Comitato Italiano di Psichiatria Infantile, con Carlo De Sanctis come presidente e Bollea come segretario generale.

Nel 1956 si assegnano libere docenze in Neuropsichiatria Infantile, e negli anni dal 1957 al 1963 a Roma, Genova e Pisa si formano le prime scuole di specializzazione universitarie, tra le quali spicca quella di Roma, una delle più prestigiose, diretta da Giovanni Bollea, che si può considerare il vero padre della moderna psichiatria infantile in Italia. Oggi si contano più di una ventina di cattedre di prima fascia, una cinquantina di seconda fascia, e una dozzina di scuole di specialità di psichiatria dell'età evolutiva, in una ricca realtà scientifica in continua crescita, che sarebbe difficile descrivere in dettaglio anche per la troppa vicinanza storica.

In Italia la psichiatria infantile è stata fin dall'inizio chiamata "neuropsichiatria infantile" per non abbandonare il termine usato da Sante De Sanctis, Montesano e Montessori sin dal 1902, nel senso che - come si espresse lo stesso De Sanctis - la "psichiatria infantile è lo studio somato-psichico di ogni disturbo dell'intelligenza e del comportamento del bambino dell'età evolutiva 0-18 anni" (il termine "infantile" oggi viene spesso sostituito con "dell'infanzia e dell'adolescenza" o "dell'età evolutiva" per meglio connotare questo range di età dei pazienti trattati). Più tardi, nel 1960, mentre in Italia, come già in altri paesi, le Cliniche delle Malattie Nervose e Mentali si stavano dividendo in "Neurologia" e "Psichiatria", vi fu chi volle intendere il termine "Neuropsichiatria infantile" come "neurologia infantile". E' questo un problema che la neuropsichiatria infantile dovrà affrontare con l'entrata in Europa, in quanto negli altri paesi la psichiatria infantile è divisa dalla neurologia.

Nel dopoguerra, la psichiatria infantile italiana si riprese, e si propose tre obiettivi: 1) i disturbi comportamentali, che erano in forte aumento; 2) la criminalità infantile e giovanile tipica del dopoguerra; 3) la riabilitazione dell'insufficiente mentale, con una nuova impostazione di studio di tipo pluricentrico. In questo senso la scuola italiana di neuropsichiatria infantile è sempre stata tra le più complete, in quanto inglobò la psicologia genetica e la psicodinamica, e impose la riabilitazione psicomotoria e funzionale in ogni forma di disturbo organico, psichico, ed evolutivo. In un primo momento sentì l'influenza della scuola psicoanalitica francese (mentre per la psichiatria adulta sarà la cultura anglosassone ad esercitare una influenza preponderante, dopo aver soppiantato quella tedesca).

In campo diagnostico fu preferito lo schema classificatorio proposto da Misès, e gli ICD sono stati di gran lunga preferiti ai DSM (anche se vi sono state eccezioni, ad esempio nel 1984 fu presentata la classificazione del DSM-III per la psichiatria dell'età evolutiva. Come in altri paesi, l'interesse prevalente di una prima fase di sviluppo della psichiatria infantile in Italia è stato rappresentato dalla insufficienza mentale (anche in Francia, come sappiamo, vi fu una grossa tradizione in questo senso) e dai disturbi caratteriali. L'interesse per la delinquenza minorile fu minore, per ovvie ragioni socioculturali (non vi era una forte immigrazione esterna, e la delinquenza minorile era a livelli molto più bassi rispetto ad alcuni paesi anglosassoni). Come oggi apprendiamo tristemente dai mass media, ciò sta rapidamente cambiando davanti ai nostri occhi, così pure come ci stiamo adeguando ad altri paesi per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno dell'abuso infantile, per cui anche queste stanno diventando aree di grande interesse da parte degli psichiatri infantili

italiani.

La psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia quindi è stata caratterizzata da un ridotto uso di farmaci (se paragonata ad esempio agli Stati Uniti), e da un diffuso uso delle psicoterapie ad orientamento dinamico, individuali e familiari. Estremamente importante è l'attenzione alla famiglia e all'ambiente sociale per comprendere il caso clinico durante l'età evolutiva: nelle parole di Bollea (1960), "il vero pedopsichiatra ha essenzialmente una mentalità umanistica e sociale... Il caso clinico è visto e sentito immediatamente nella inscindibilità del paziente dall'humus in cui vive (p. 154)... Il fanciullo è un essere totalmente dipendente... e la conoscenza del fattore ambientale (famiglia-scuola-società) è fondamentale" (p. 155). Per affrontare la complessità della situazione clinica, nella cultura teorica e pratica della psichiatria infantile italiana il lavoro di équipe, come si è già accennato, ha avuto un ruolo chiave, così come è stato per altri paesi. L'équipe è stato uno strumento importantissimo per favorire quella cultura, indispensabile soprattutto in questa disciplina, del superamento delle ottiche parziali delle diverse professionalità ed avvicinarsi alla comprensione della complessità del caso. Nelle parole di Bollea (1960), nella équipe, guidata dal neuropsichiatra infantile, deve vigere paradossalmente una sorta di "gerarchia orizzontale" (p. 154), in cui cioè i vari punti di vista vanno considerati alla pari degli altri per gli apporti che possono dare: la forma mentis del pedopsichiatra deve essere quella di giungere ad una sintesi dei due poli, quello biologico e quello sociale, di "catturarli dialetticamente fusi" (p. 155).

Gli anni più recenti dello sviluppo di questa disciplina hanno visto ancor più prospettive arricchire questa realtà che sta rapidamente cambiando, e stanno sempre più prendendo piede sottospecialità anche ad impostazione biologica (si pensi solo agli studi di genetica e di brain imaging).

Fino agli anni 70 di fronte alla descrizione di un bambino con i sintomi dell'adhd i clinici americani diagnosticavano un disturbo comportamentale mentre quelli italiani, subendo l'influenza delle teorie psicoanalitiche utilizzavano l'etichetta del disturbo da personalità. Tramite una ricerca transculturale condotta all'inizio degli anni 80 (Cornoldi, O' Leary 1984) si notò che gli americani, valutando un bambino con i sintomi dell'adhd, osservavano dei comportamenti disturbati e non ne cercavano una spiegazione ulteriore, gli italiani invece cercavano nel comportamento una causa legata ad un difficile rapporto con la madre, negando di fatto che il bambino potesse avere una sindrome specifica come l'adhd (Marzocchi 2003).

Mentre gli specialisti americani interpretano i fatti clinici in una cornice organica, biologica, gli specialisti italiani, o almeno la maggior parte di essi, interpretano le informazioni ricavate dagli stessi casi clinici entro una cornice psicodinamica e socio-ambientale. Quindi nonostante le caratteristiche comportamentali del bambino adhd siano riconosciute come devianti, la tendenza dominante in Italia non è ancora quella (diffusa invece nel nord America) di concettualizzare come disfunzione organica, come entità diagnostica distinta, il comportamento anomalo del bambino.

La disfunzione organica come causa o conseguenza, il gap esplicativo delle neuroscienze ed altri antichi problemi irrisolti.

Come ho accennato nel primo paragrafo, una delle rivendicazioni più forti avanzate da Anna, è che alla base del disagio vissuto con nel figlio ci sia la presenza di disfunzioni organiche che causino la sindrome adhd, inoltre ciò sarebbe confermato da dati acquisiti recentemente in vari studi (Marzocchi 2003). Il fatto che Anna sia una madre, non un medico o ricercatore, o comunque non rientri nella categoria degli "specialisti" la pone in una posizione ambigua rispetto alla certezza con cui si affida al dato neurologico per se stesso. Infatti sulle cause organiche della sindrome, nonché sulla neurofisiologia del disturbo e sulla predisposizione genetica vale tutt'oggi un clima di generale incertezza. In una qualsiasi revisione bibliografica degli studi scientifici riguardanti la sindrome adhd si scopre che il parere scientifico è tutt'altro che omogeneo, i dati acquisiti in ambito neurofisiologico più che certezze sono correlazioni, e per quanto riguarda le indagini genetiche le conclusioni sono ancora troppo dibattute e incerte.

Del resto dopo le aspettative deluse del progetto genoma umano, avviato verso la fine degli anni 80 del 900, (Keller 2000) non sembra ci si possa affidare all'indagine genetica come alla via sicura per la risoluzione di tutti i dubbi diagnostici; il determinismo genetico che ha colpito fortemente l'immaginazione, soprattutto dei non specialisti, non ha più la forza rassicurante che aveva all'inizio degli anni 90, per di più applicato allo studio della mente e dei disordini mentali.

Nel corso dell'ultimo decennio gli scienziati hanno collegato geni specifici alle sindromi maniaco depressive, alla schizofrenia, all'autismo, all'alcolismo, alla dipendenza dall'eroina, alle abilità sociali, all'impulsività e praticamente ad ogni altro tratto o disturbo umano immaginabile, sindrome adhd compresa. I media e diversi esperti, assicurano che presto avremmo potuto risolvere problemi sociali attualmente insolubili, come la criminalità, e l'abuso di stupefacenti. La base politica dei sostenitori della genetica del comportamento si andò allargando poiché le spiegazioni genetiche delle malattie mentali eliminano il problema della

responsabilità dell'educazione, familiare e scolastica nella formazione del carattere dei bambini. Inoltre offre speranza di diagnosi e trattamenti specifici migliori. Anche per i pazienti stessi di molte patologie psichiatriche avere alle spalle una causalità genetica rafforza enormemente il riconoscimento della patologia e quindi il raggiungimento di facilitazioni economiche (Horgan 1999). Il punto è che fin'ora, e dopo vari e ambigui esperimenti su gemelli omozigoti separati alla nascita, nemmeno uno dei collegamenti fra geni specifici e altrettanti tratti o disturbi comportamentali è stato confermato inequivocabilmente. Lo stesso Marzocchi precisa che riguardo alla sindrome adhd esistono più che altro fattori di rischio innati, più che un locus genetico preciso, e che i fattori ambientali, educativi e famigliari determinano in maniera importante la gravità e la persistenza del disturbo, ricalcando il sempreverde problema natura-cultura; quanto di ciò che siamo è innato, geneticamente determinato e quanto sia acquisito dall'ambiente e dalle modalità con cui viviamo.

Molte sono infatti le ipotesi socio ambientali sulle cause della sindrome adhd. Block ha proposto la teoria che lo sviluppo tecnologico e impulsi culturali che variano rapidamente e continuamente contribuiscono ad accrescere il livello di stimolazione ambientale che potrebbe suscitare i sintomi dell'adhd in soggetti predisposti. Persino i più strenui difensori dell'ipotesi di ereditarietà genetica suggeriscono che la cultura può dare forma alla sindrome attraverso incongruenze tra le richieste fatte dalla famiglia, scuola e altri importanti istituzioni educative (Barkley, 1998, p. 16). E varie sono le ipotesi sugli effetti tossici di alcuni additivi negli alimenti o delle intossicazioni da piombo che suscitino reazioni allergiche nei bambini e che possano provocare i sintomi della adhd (Nefsky 2004).

Che alla base di tutto vi sia una predisposizione genetica o fattori socio ambientali o entrambi, specialisti e profani sembrano tutti liberi di poter avanzare ipotesi dato che il mondo medico non ha ancora fornito una spiegazione valida e certa.

Tutte le problematiche riguardanti le cause della sindrome adhd poggiano sul terreno della diagnostica psichiatrica da sempre resa instabile dall'incolmabile gap esplicativo delle neuroscienze, ampiamente approfondito da John Horgan, giornalista scientifico, nel suo libro "La mente inviolata".

Il termine gap esplicativo è stato coniato da Joseph Levine, filosofo della North Carolina State University, nel 1983, quando prendeva in esame la sconcertante incapacità da parte delle teorie fisiologiche di spiegare i fenomeni psicologici. Il campo in cui sembrano esserci maggiori possibilità di colmare questo gap sembrano essere le neuroscienze, cioè lo studio del cervello.

Oggi i neuroscienziati indagano i collegamenti tra mente cervello con mezzi sempre più potenti: la tomografia a emissione di positroni, la risonanza magnetica e altre tecniche all'avanguardia sperando che le neuroscienze possano fare per la scienza della mente quello che la biologia molecolare ha fatto per la biologia evuzionistica, o la fisica quantistica per la fisica cioè collocarle sulla solida base empirica che le elevi a scienze forti. A differenze di discipline come la fisica o la chimica le neuroscienze devono ancora trovare la rivelazione che porti una grande visione unificante, anzi la complessità sembra aumentare ad ogni acquisizione raggiunta.

Attualmente uno degli ambiti più densi di ricerca è la memoria di lavoro, il cui deficit funzionale è ritenuto essere all'origine dei sintomi della sindrome adhd.

Molti neuroscienziati pensano che una migliore comprensione della memoria di lavoro ci aiuterà a risolvere problemi come la schizofrenia, la coscienza, e il mistero di come tutte le funzioni mentali da noi studiate possano lavorare in un tutto unico rendendoci quello che siamo.

Il problema del collegamento (binding problem) consiste nel fatto che anche concentrandoci sulla comprensione di tutte le funzioni cerebrali non possiamo spiegare poi come tutte queste parti possano funzionare in maniera coordinata e integrata per produrre quell'apparente unità di percezione e pensiero che costituisce la mente.

L'altro intoppo che si incontra nel percorso verso la comprensione della mente e dei suoi disturbi è l'antico problema della relazione tra la causa e l'effetto. Fino ad ora i neuroscienziati hanno sempre cercato di trovare dei correlati fisiologici della schizofrenia, e di altri disturbi mentali come l'adhd. Ma finora i risultati prodotti sembrano essere piuttosto ambigui, un esempio esplicativo è stata la ricerca effettuata nel 1990 presso il NIMH (national institute of mental health); le risonanze elettromagnetiche di gemelli schizofrenici comparati con gli stessi esami dei fratelli non schizofrenici hanno rivelato un aumento della dimensione dei ventricoli cerebrali nei primi assente nei secondi. Purtroppo i ricercatori non sono stati in grado di spiegare se le maggiori dimensioni dei ventricoli fossero una causa o un effetto della schizofrenia o dei farmaci utilizzati per curarla. Evento simile è accaduto in vari studi su parenti affetti da adhd, le cui anomalie cerebrali non potevano essere ricondotte con certezza alla sindrome o ai trattamenti impiegati per la terapia (Cohen, Leo 2004). Per non parlare di tutti i casi in cui sono state riscontrate anomalie fisiologiche cerebrali in soggetti dal comportamento normale (Horgan 1999).

Citando Charles Sherrington, premio nobel nel 1932 per i suoi studi sul sistema nervoso, "Nella formazione medica e nell'esercizio della medicina rimane un profondo divario tra il campo della neurologia e quello della salute mentale cioè della psichiatria. La fisiologia non sa abbastanza sul rapporto tra mente e cervello

per poter essere di qualche aiuto alla psichiatria". Nonostante le neuroscienze stiano acquisendo sempre maggior importanza, tuttavia questa importanza non si rileva nelle correnti principali della psicologia. L'aspirata fusione tra neuroscienze e psichiatria non si è ancora verificata.

Il dott. Marzocchi, pur seguendo un approccio cognitivo comportamentale, avendo avuto una formazione neuropsicologica, afferma: "secondo me, dal punto di vista genetico non si arriverà mai così avanti da capire la causa precisa del disturbo, a livello neurologico spesso si parla di correlato non di cause, cioè si scopre un dato comportamentale e si trova un dato neurofisiologico a livello di funzionamento di neurotrasmettitori oppure di dato neuroanatomico cioè di volume. Spesso nessuno è in grado di dire se nasce prima l'uovo o la gallina, per cui si parla di correlato. L'ambizione finale (si arriva fino alla genetica) è la genetica molecolare, cioè trovare un pattern genetico tipico caratteristico di un gruppo di bambini aventi tutti la stessa diagnosi, cioè trovare che tutti i bambini con una stessa diagnosi hanno tutti lo stesso pattern genetico, completamente diverso dagli altri, ma non si è ancora ad un livello di questo tipo, si arriva solo a trovare fattori di rischio con un'incidenza e predittività statistica molto bassa. Il problema è che il patrimonio genetico ha geni che si esprimono attraverso infinite possibilità e un allele in interazione con un altro allele creano un quadro completamente diverso, per cui le combinazioni sono infinite. Ci sarà sempre una predisposizione, però, su quali sono le cause, non si arriverà mai da nessuna parte." Anche gli ultimi articoli redatti da ricercatori che sostengono l'esistenza della patologia si riferiscono al problema dell'eziologia della sindrome con ipotesi di rischio quantificabile, trasmissibile ereditariamente, ma rimangono fattori di rischio che devono interagire con altri fattori ambientali (non ancora del tutto isolati) per creare un quadro assimilabile alla sindrome adhd (Castellanos 2002).

Anche il dott. Trebbi cita la metafora dell'uovo e la gallina quando si tratta di spiegare la causalità della sindrome: "Un locus genetico non è ancora stato trovato, delle alterazioni sì, ad esempio presso i nuclei della base sono stati trovati delle anomalie biochimiche... ma anche un disturbo relazionale può dare comunque alterazioni biochimiche e quindi non si sa se... è nato prima l'uovo o la gallina."

Giù le mani dai bambini assume posizioni molto critiche riguardo la mancanza di un test diagnostico specifico per l'adhd, e mettendo in discussione l'esistenza di cause organiche specifiche ne mette in discussione l'esistenza stessa di categoria medica: "tutto ciò che possiamo dedurre dall'esame attento di questa letteratura scientifica, è che è provata una correlazione fra le dinamiche biologiche e la categoria adhd. Poiché quest'argomentazione è riferita a delle correlazioni e poiché il cervello è un organo vivente e funzionante, che reagisce costantemente agli stimoli mediante complessi cambiamenti neurochimici e di altro tipo, è altrettanto, se non maggiormente possibile, che le dinamiche biologiche siano il risultato di un'interazione di emozioni, pensieri, intenzioni e comportamento sperimentati dagli individui diagnosticati." Le alterazioni biochimiche citate dai sostenitori di una causalità biologica sono quindi reinterpretate come risultato di variabili psicologiche e ambientali (tratto da "www.giulemanidaibambini.org").

Il dott. Vio, tende invece a difendere la posizione più organicista facendo notare che anche in altre patologie senza una valida base di disfunzione organica, e senza un test diagnostico specifico come l'autismo, è comunque riconosciuta l'entità di patologia psichiatrica: "...anche nell'autismo vale la stessa cosa dell'adhd, non c'è un esame strumentale, che mi dice che un bambino è autistico, e anche dentro lo spettro autistico esiste varietà di sviluppo, da grande il bimbo autistico può essere un adulto bizzarro. Noi siamo descrittivi, si cerca di identificare la frequenza di questi sintomi ma non si sa bene la causa. Ci sono studi effettuati con emissione di positroni che valutano il consumo di energia in certe aree del cervello e si vede chiaramente che ci sono delle alterazioni anatomiche funzionali. Probabilmente le cause sono poligeniche, siamo ben lontani dall'identificare quali, occorrono molti anni." Vio, in particolare, precisa che i comportamenti anomali tenuti dal bambino sono molto complessi per poter essere spiegati causalmente con un'alterazione specifica.

Insomma Anna sembra sicura che ci sia qualcosa di biologicamente alterato che spieghi il disagio del figlio. Ma questa carica di certezza non è confermata dal mondo medico e del resto come per molte altre patologie psichiatriche non ce ne sarebbe un bisogno indispensabile, o forse sì?

Citando Vio, un bambino autistico non ha dalla sua esami specifici che guidino verso la diagnosi unica di autismo eppure nessuno si sognerebbe di dire che il bambino autistico sta relativamente bene ed è come tutti gli altri. Non c'è per l'adhd un esame come per la polmonite o l'epilessia eppure per molte patologie psichiatriche è così.

Persino tra le pagine dell'ICD 10 compare questa incertezza "Si ritiene generalmente che anomalie costituzionali giochino un ruolo cruciale nella genesi di queste sindromi, ma non è nota al momento l'eziologia specifica. Negli ultimi anni è stato suggerito l'uso del termine diagnostico "sindrome da deficit dell'attenzione" per queste condizioni. Esso non è stato qui utilizzato perché implica una conoscenza non ancora disponibile dei processi psicologici coinvolti e suggerisce l'inclusione dei bambini con ansia e stato di preoccupazione o sognanti e apatici i cui problemi sono probabilmente di altra natura. Comunque è chiaro che, dal punto di vista del comportamento, i disturbi dell'attenzione costituiscono una caratteristica centrale di queste sindromi ipercinetiche" (icd 10). La differenza che pone la madre e altri attori sociali nella posizione di cercare conferma biologica è, suppongo, il fatto che i sintomi del bambino adhd sono di per sé

un po' troppo vaghi per poter sostenere una diagnosi di patologia psichiatrica da sola. Per rendere l'idea: se incontriamo un bambino autistico avremo un'immagine talmente indicativa della sua situazione che non ci verrà lo scrupolo di chiedere specifici esami diagnostici. Se incontriamo un bambino adhd probabilmente alcuni di noi diranno solo che è un po' agitato o maleducato. E con l'agitazione, o la maleducazione non si affibbiano diagnosi psichiatriche facilmente. Il problema quindi ci porta a quanto questo individuo si discosta da quello che la media della società ritiene accettabile come "normale", ovvero al problema della devianza.

Il bambino deviante si ammala.

Irving Zola si è riferito al termine medicalizzazione come a quel processo per cui sempre più segmenti della vita quotidiana sono passati sotto l'influenza, la supervisione e il dominio medico (1983). Ad oggi è possibile riconoscere condizioni ormai completamente medicalizzate (il parto, la morte) e altre situazioni non totalmente medicalizzate (menopausa), in ogni caso un generale aumento dell'estensione della giurisdizione medica e dell'espansione dei confini medici per cui molte condizioni non mediche sono state ridefinite come problemi medici, e in seguito rinominate con termini quali "malattia" e "disfunzione".

Negli ultimi trent'anni vi è stato un forte interesse sociologico e antropologico in particolare sulla medicalizzazione del comportamento deviante (Foucault 1965, Szasz 1970) e ad oggi è stato creato un corpus di studi che hanno teorizzato la medicalizzazione portando dozzine di casi ad esempio: molte situazioni che prima erano considerate come problemi comportamentali o di devianza come l'alcolismo e certe manifestazioni di violenza, sono state riposizionate tra le cornici dello spazio biomedico, sotto il nome di patologie.

Parsons (1951) sostiene la teoria che il sistema medico sia uno dei più potenti agenti di controllo sociale, specialmente oggi con il crescente prestigio e successo del sistema medico, i recenti progressi tecnologici, la generale accettazione dei concetti deterministici "scientifici", il dissolversi di altre forme di controllo sociale quali la religione. Sempre più forme di devianza sono passate sotto la giurisdizione medica: il "cattivo" è diventato un "malato" e dal momento che si parla di patologia vi è uno spostamento radicale della responsabilità.

Conrad delinea le possibili ragioni per cui questo processo di medicalizzazione sia in aumento nella nostra società.

Il primo importante fattore è lo sviluppo della ricerca scientifica, specialmente nel campo farmacologico e genetico; fenomeni scoperti nell'ambito della biologia umana possono rivelarsi correlati a certi tipi di devianza. Inoltre i progressi in ambito farmacologico hanno creato le condizioni per cui certi tipi di devianza possano essere facilmente contenuti e trattati.

La specializzazione e il prestigio che caratterizzano i professionisti medici, detentori di conoscenze e linguaggi spesso inaccessibili ai profani rendono il parere medico, facilmente accettabile dalla popolazione che può avere diverse opinioni sui tipi di comportamento deviante, ma il parere degli "esperti" è solitamente quello dominante. Solo ai professionisti medici è concesso il potere di intervenire sul corpo con medicazioni di vario tipo, e per farlo è necessaria una categoria medica che ne giustifichi l'intervento. Il prestigio di cui gode la scienza medica e il fatto che tutto ciò che concerne il corpo è riconosciuto sotto la sua giurisdizione rendono i comportamenti devianti un ulteriore campo controllabile e gestibile dalla realtà medica.

C'è un secondo e importante aspetto da tenere in considerazione: con la medicalizzazione l'individuo deviante può liberarsi della pesante responsabilità personale e individuale. Scompare il senso morale dell'azione per un certo tipo di comportamento socialmente non accettabile e emerge la ben più tollerabile e meno condannabile identità di malato. Meno condanne, più attenzioni.

Uno degli aspetti più intriganti della nostra società è l'individualizzazione dei problemi sociali. (Conrad 1975), cioè la tendenza a ricercare nell'individuo problemi e soluzioni che invece andrebbero ricercati nella struttura sociale. Facendo ciò si cercherà di intervenire sull'individuo senza mettere in discussione la situazione sociale in cui esso si trova a vivere. Questa è una forma di depoliticizzazione dell'individuo che nel suo comportamento non ha più le ragioni per un eventuale critica del contesto in cui si trova ma una disfunzione da curare, o almeno da contenere. Il bambino problematico, definito affetto dalla sindrome adhd, viene messo a tacere nella sua espressione di dissenso, viene ignorato il significato sociale di tale comportamento nel sistema in cui si trova ad emergere, che sia la scuola o la famiglia.

Il comportamento dei bambini con adhd potrebbe raccontare molto delle strutture in cui viviamo e diamo per valide e scontate. Il dissenso di un bambino però ha una portata molto diversa rispetto a quello espresso da un adulto, come vedremo nel prossimo capitolo.

Conrad tratta anche di un altro aspetto cruciale nella costruzione della categoria medica adhd; l'incertezza. L'incertezza è minimizzata durante i processi interpretativi di valutazione.

Infatti uno dei problemi maggiori nella costruzione della realtà medica è come segni e sintomi vengano

interpretati, venga loro dato significato medico come evidenza per una diagnosi di patologia, la cosiddetta creazione dell'evidenza medica della sindrome adhd risulta essere un processo sociale di costruzione di realtà mediche gestendo il problema dell'ambiguità ed incertezza delle manifestazioni comportamentali.

Renee Fox ha intuito che la gestione dell'incertezza è uno degli aspetti maggiori della scuola di Medicina e ne delinea due manifestazioni tipiche: l'incertezza della propria personale inadeguatezza, e l'incertezza che emerge dai limiti delle conoscenze mediche.

Il sapere medico ottiene forma da discipline riconosciute come valide e oggettive quali la biologia, la chimica, la fisiologia, la farmacologia e da esse trae la forza e la legittimità del suo potere.

A queste componenti solide e indiscusse sono affiancate altre strutture più ambigue e instabili, quali le personali abilità e inclinazioni degli specialisti medici, le dinamiche emotive e relazionali proprie dei pazienti, e in generale i vuoti epistemologici che rendono la disciplina non completamente infallibile.

Durante il processo diagnostico in particolare, tutte queste variabili entrano in azione e l'operatore medico si trova nella posizione di gestire le certezze minimizzando le ambiguità, o almeno costruendo una realtà medica che anche se incerta sia quanto meno "accettabile" dalla popolazione e dai criteri medici prestabiliti.

Riguardo l'adhd l'incertezza risiede nelle tabelle diagnostiche stesse: i criteri a cui i medici devono fare riferimento per la diagnosi sono attraversati da termini quali "spesso" "frequentemente" ("spesso parla troppo") la cui scientificità è difficilmente provabile, anche secondo gli esperti stessi. La proliferazione di nomi utilizzati per definire il disturbo del resto è indicativa della mancanza di consenso tra gli specialisti su quale sia il nucleo patologico della sindrome, che sia un problema di attenzione, o più di iperattività, che alla base ci sia una disfunzione organica o che non ci sia. Il fatto che non ci sia alcun test diagnostico specifico per la sindrome, e che gli unici strumenti utilizzati per la valutazione sono dei test a punteggio sul comportamento del bambino fortemente discussi in quanto a precisione e sensibilità, rende l'alone di ambiguità ancora più pesante.

Tra le varie teorie sulla medicalizzazione del comportamento deviante ai giorni nostri Porter avanza l'ipotesi che la società occidentale sia diventata meno tollerante verso la differenza e come le realtà medica e psichiatrica abbiano sviluppato strutture per cui il range di comportamenti percepiti come patologici è cresciuto. (Porter 1987). È diminuita la tolleranza su un vasto range di comportamenti ed è simultaneamente aumentata la sorveglianza di questi da parte della realtà medica: questo fenomeno è stato interpretato come "psichiatrizzazione della differenza" (Castel 1982).

Nicolas Rose evidenzia il fatto che l'infanzia da un secolo a questa parte sia diventata il focus di interessi economici, politici e morali. Il bambino è diventato un essere bisognoso di protezione da possibili abusi fisici, psichici e sessuali e al tempo stesso è diventato il soggetto di cui gli specialisti vogliono promuovere intelligenza, abilità, stabilità emotiva.

Rose sostiene inoltre che dal ventesimo secolo tramite tecnologie come la statistica, demografia e test somministrati nelle scuole è iniziato lo studio su grande scala della popolazione infantile creando un valore mitico di normalità al quale tutti i bambini dovevano rapportarsi. Questo processo di costruzione di un gran corpo di attributi continuamente in aumento che categorizzano il normale e il non normale è chiamato, da Rose, normalizzazione. E il processo di correzione di questa anormalità viene sempre più affidato a scuole, cliniche, specialisti in psicologia.

Molto interessante è la conclusione a cui Rose arriva con il concetto di normalizzazione. Secondo Rose le madri e i bambini non sono più regolati solo dalle direttive provenienti dagli specialisti in occasione del consulto e delle visite mediche. Infatti, persino nel processo educativo intimo familiare la madre tende a rispettare i nuovi criteri di norme psicologiche in accordo con gli specialisti. Le madri si presenterebbero ambigualmente e simultaneamente come vittime e sfruttatrici delle norme psicologiche che valutano la normalizzazione del proprio figlio.

Sembra che le madri, di fronte al bambino problematico non siano passive, ma lavorino in concerto con gli specialisti e gli educatori nella gestione della famiglia e dell'anormalità emergente da categorie psicologiche preventivamente stabilite e accettate. Cioè le normative espresse dal mondo medico vengono assorbite e rielaborate dal mondo profano, fatte proprie nelle modalità con cui si valutano i propri familiari e si gestiscono le dinamiche più intime.

Questo concetto richiama l'idea di Conrad che la medicalizzazione sia il prodotto di un'azione collettiva più che l'imporre di un imperialismo medico (Conrad 1992).

Come già accennato, durante la prima parte del ventesimo secolo ci fu lo sviluppo in psicologia di una serie di scale, questionari, strumenti di categorizzazione e differenziazione, citando Rose, questi furono le porte d'accesso alla vocazione sociale della psicologia. Il punto è che a molti, governo, eugenisti, riformatori filantropi, interessava e interessa tutt'ora avere a disposizione questa nuova linea di strumenti di screening della popolazione, anche perché dove il deviante non manifestava sintomi somatici facilmente identificabili si poteva, tramite questi test psicologici, valutare l'invisibile, i tratti mentali e caratteriali.

Inoltre, sempre all'inizio di questo secolo, la scolarizzazione obbligatoria ha fornito una schiera di generazioni facilmente valutabili attraverso test somministrati direttamente attraverso il sistema scolastico

come approfondiremo nel prossimo capitolo. Da questi presupposti si può dedurre che una delle teorie più invitanti sia quella che intravede tentativi governativi di controllo sociale attraverso screening che identifichino i soggetti a rischio delinquenza o semplicemente problematici fin dalla tenera età (Rose 1985). Altra ipotesi è quella sostenuta da Conrad, che riconosce diverse forze sociali impegnate nella questione adhd, aziende farmaceutiche, governo, associazioni di parenti, il mondo medico. E riconduce alla già esposta rivoluzione farmacologica degli anni 30 un ruolo fondamentale nell'aver reso di competenza medica ciò che prima era gestito dalla chiesa o dallo stato o dalla famiglia. Conrad osserva che solo dopo gli anni '60 è diventata pratica diffusa da parte delle compagnie farmaceutiche di adottare politiche di pubblicizzazione dei prodotti tramite inserzioni nei giornali medici, mail dirette agli specialisti, informatori scientifici che promuovono i farmaci presentandosi direttamente negli studi medici. Questa nuova politica di forte pubblicizzazione di farmaci secondo Conrad può essere uno dei fattori ad influenzarne l'aumentato utilizzo per vari tipologie di disturbi. (Malacrida 2003).

Altre interessanti analisi di Conrad prendono in considerazione l'impatto delle associazioni di parenti dei soggetti "malati" nel rinforzare la prospettiva organicista in patologie quali l'adhd. Come già accennato, le associazioni come l'aifa in Italia e il Chadd in America hanno tutti gli interessi per rivendicare l'adhd come patologia reale su base organica per i diversi motivi già descritti; lo stigma del malato è più accettabile di quello di bambino cattivo, e l'etichetta diagnostica porta a ricevere più che punizioni servizi di aiuto educativo, finanziario e psicologico. Inoltre il genitore e gli insegnanti sono alleggeriti dal peso della responsabilità di non avere le abilità necessarie per gestire il comportamento del bambino.

Un'ulteriore analisi di Conrad è quella che riflette il pensiero Foucaultiano dell'interdisciplinarietà della natura del potere. Il governo statunitense ha supportato la definizione medica della sindrome adhd come risultato di congressi che esaminavano le rivendicazioni delle lobby psichiatriche.

Gli psichiatri desideravano difendere lo spazio della loro disciplina poiché negli ultimi anni a molti bambini erano stati somministrati trattamenti medici da parte di clinici generici, che si basavano sui pareri di insegnanti e genitori riguardo l'ingestibilità dei bambini nel contesto scolastico e domestico (Conrad 1980). Tutti questi fattori operarono in concerto facilitando la medicalizzazione di un disagio che in alternativa poteva essere interpretato socialmente.

Il problema della devianza nel contesto adhd, è emerso durante l'intervista con il Dott. Marzocchi, ricercatore di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione all'Università degli Studi di Milano Bicocca e presidente dell'aidai-onlus, intervistato lo scorso gennaio a Milano.

La sindrome adhd sembra possedere tutti i requisiti per ipotizzarne la realtà di comportamento deviato successivamente medicalizzato. Una delle critiche più forti avanzate è il fatto che l'adhd possa sembrare un problema comportamentale a cui sono state date le vesti di patologia medica. In relazione a questo dubbio ci si potrebbe quindi porre il problema della tolleranza all'atteggiamento tenuto dal figlio o studente in questione e allargarne la visione a contesti interculturali chiedendoci ad esempio se un bambino adhd in Germania sarebbe classificato con la stessa etichetta diagnostica anche in Spagna o nella nostra penisola.

Il dott. Marzocchi, pur rispettando tutte le direttive dei manuali diagnostici di riferimento sembra consapevole del problema della tolleranza alla devianza: "esiste una discrepanza rispetto alla tolleranza del comportamento... dipende da quanto si sia tollerante e si valorizzino certi aspetti, io non credo che l'adhd sia presente nelle cellule, ma che ci sia una sorta di scollamento tra le richieste dell'ambiente in cui il bambino viene a trovarsi e le sue capacità di rispondere a queste richieste. Parlare di etichette può essere utile o non utile, la cosa utile per la sua vita è se riusciamo a fare in modo di fare incontrare le richieste dell'ambiente con le sue competenze... i bambini non riescono a stare dietro a queste richieste di attenzione. Bambino normale o patologico; è il solito problema della curva di accettabilità"

Il problema della devianza, e della tolleranza alla devianza incontra l'ambiguità dell'incidenza. Se si giudicasse la sindrome in base alla rilevanza data dai media, sia dai contenuti mediatici allarmistici contro adhd, che quelli pro diagnosi, sembrerebbe esserci da qualche anno in Italia, e da parecchi anni negli Stati Uniti, un'epidemia in corso. Il punto è che essendo l'adhd classificata come categoria diagnostica psichiatrica, di epidemia non si può parlare.

Marzocchi a proposito del problema epidemiologico esprime molto bene il concetto di cut off e di come la scelta dei criteri di selezione degli individui considerati malati sia arbitraria. "Da un punto di vista epidemiologico se è vero che è un disturbo che ha all'80- 85 % una base genetica innata non è possibile esistano fattori di epidemia o fattori socioculturali più di tanto incidenti, al massimo c'è più o meno tolleranza del disturbo a seconda del contesto in cui ci si trova. Mettiamo il caso i bambini svedesi che dal punto di vista della loro trasmissione genetica hanno un comportamento più regolato, più controllato, sia dal punto di vista genetico che culturale sono più controllati e regolati. Di contro hanno genitori e adulti più esigenti dal punto di vista del controllo. Gli italiani invece, un pochino più mobili dal punto di vista comportamentale hanno genitori più tolleranti di quelli svedesi... Quindi le percentuali di quanti stanno fuori il gruppo di adhd rimangono costanti. Il problema dell'epidemia c'è perché il nostro è diventato un contesto sociale molto più esigente verso certe abilità e meno esigente verso altre. Ci può essere un contesto che non

sia la scuola in cui le caratteristiche del bambino iperattivo vengono valorizzate e sono utili e il bambino diventa il più adattato di questo mondo; la difficoltà è trovare questi contesti che gli consentano di valorizzare le sue caratteristiche. Il bambino iperattivo perchè è iperattivo? E' un criterio soggettivo prima di tutto, le ricerche si fanno su dei questionari, i questionari sono un'eterovalutazione e quindi un'altra persona che valuta il bambino non vede il bambino allo stesso modo. Cambia molto la percezione di chi guarda lo stesso bambino, quindi c'è un grosso problema di definizione delle caratteristiche del bambino iperattivo, tant'è che per affermare che il bambino sia iperattivo deve esserci conferma in entrambi i contesti, scuola e casa, ma spesso la concordanza tra la valutazione del genitore e quella dell'insegnante è bassa...". Marzocchi fa riferimento a due punti interessanti: la comparazione interculturale e l'adattabilità all'ambiente.

Marzocchi accenna ad una comparazione interculturale riguardo la percezione della devianza nel bambino. Come afferma Kleinman, le categorie sono incorporate nelle persone, le esperienze sono prese e trasformate entro il sistema di significati delle culture a cui appartengono (Kleinman 1988). Pochi studi interculturali sono stati effettuati sulla sindrome adhd (Gidwani 2006), secondo Marzocchi abbiamo visto che il disturbo ha una qualche universalità, muta il grado di percezione e tolleranza da cultura a cultura ma anche statisticamente i casi realmente rientranti entro le briglie della sindrome dovrebbe rimanere costanti.

Per quanto riguarda l'adattabilità, la più interessante e salvifica delle caratteristiche umane e di ogni altro essere vivente, Thom Hartmann difende con decisione la teoria che l'adhd non sia che l'espressione fenotipica di alleli un tempo utili all'uomo, una sorta di strategia evolutiva che qualche migliaio di anni fa si è rivelata fondamentale per la sopravvivenza umana per poi palesarsi come inutile e al giorno d'oggi. (vedi <http://www.thomhartmann.com/index>).

Il comportamento del bambino adhd in effetti sembra somigliare molto al modello di cacciatore quale fu l'uomo prima dell'avvento dell'agricoltura (Irvine 2002).

Cacciatore attento ad ogni sorta di stimolo, aggressivo e reattivo, con una bassa tolleranza all'attesa e alle gratificazioni non immediate, predisposto al rischio, pensatore visuale, facilmente annoiato da situazioni statiche. Il bambino adhd non è che il discendente del cacciatore, antenato non così lontano, evolutivamente parlando.

Ma il nuovo modello di uomo, dall'inizio dell'agricoltura è radicalmente mutato; paziente, non facilmente distraibile da stimoli ambientali, predisposto a progettare piani a lungo termine con gratificazioni tutt'altro che immediate.

Questa teoria trova il suo seguito non solo perchè scientificamente accettabile, ma soprattutto perchè le cifre avanzate dalla comunità medica riguardanti l'incidenza dell'adhd, e il suo generale aumento negli ultimi anni rendono questo disturbo difficilmente spiegabile.

L'epidemia di casi adhd di certo non può essere spiegata con le risorse teoriche mediche quali le dinamiche infettive, ma le proporzioni di diffusione del disturbo sono comunque tali da ricorrere almeno ad ipotesi che prendano in considerazione il contesto sociale e, perchè no, evolutivo dell'uomo.

E il mutato contesto sociale sembra essere uno dei punti più trascurati dall'analisi medica ma diventa una delle componenti più importanti per altri settori interessati alla storia del disturbo. Il semplice fatto che l'attuale sistema in cui viviamo esponga le ultime generazioni a stimoli radicalmente diversi rispetto a quelli percepiti dagli individui nati agli inizi del secolo, è un tema molto trattato tra coloro che rifiutano l'adhd come patologia reale, di questo tratterò nel prossimo capitolo.

Vio, riguardo al problema dell'aumento di diagnosi e di incidenza è scettico "non c'è secondo me un aumento delle diagnosi, anche perchè prima non venivano identificati o identificati in altro modo. Si parla di un 2% ma possiamo salire anche a un 5-6-7 % se prendo dentro anche i più vivaci, irrequieti, a seconda di come si decide la soglia, a seconda del cut off."

Torniamo quindi al problema della tolleranza alla devianza; se prendiamo come riferimento una soglia bassa, quindi poco tollerante, la diagnosi di adhd può raggiungere e abbracciare molti più bambini, quindi il problema del cut off, e della devianza sono strettamente legati ai manuali di riferimento usati. L'incidenza varia infatti a seconda dell'utilizzo del dsm 4 o dell' icd 10.

Non solo, se il genitore ritiene che suo figlio sia oltre il limite della tollerabilità gli sembrerà strano non ricevere la diagnosi e quindi l'aiuto terapeutico di cui ritiene di aver bisogno. Infatti, come abbiamo visto per il caso Bologna, la famiglia stessa può non ritenersi soddisfatta della non inclusione del proprio figlio nella categoria diagnostica supposta e dirigersi verso altri centri asl per ottenere la diagnosi.

Del resto è stato dietro la spinta di associazioni di genitori che il farmaco per il trattamento della sindrome adhd è stato riammesso nella farmacopea italiana, e sono i genitori stessi a riunirsi in gruppi che rivendicano l'esistenza di una patologia alla base del comportamento deviante del proprio figlio. Non dobbiamo dimenticare che al sorgere di ogni categoria medica, varie e numerose forze scoprono le risorse per l'autoaffermazione. Non penso che all'origine di un processo di medicalizzazione di un comportamento deviante ci sia solo il sistema medico (e con esso le aziende farmaceutiche); sarebbe una visione del potere molto semplicistica. Richiamando la teoria della microfisica del potere di Foucault, il potere è un insieme di rapporti di forza, diffusi localmente, non riconducibili ad una sola sede. Il potere non esisterebbe senza una

resistenza, e tra i componenti della resistenza spesso ci sono altri diretti e indiretti interessati se non alla categoria medica in se al dibattito emergente dalla sua formazione. E le motivazioni e le strutture messe in atto dagli attori sociali coinvolti in questo dibattito appaiono tutt'altro che stabili e fisse, sono in un flusso costante per cui la definizione della sindrome, delle norme con cui ci si debba relazionare ad essa e contro di essa, sono in mutamento continuo.

CAPITOLO 4

IL BAMBINO MALEDUCATO

“La scuola è quell'esilio in cui l'adulto tiene il bambino fin quando è capace di vivere nel mondo degli adulti senza dar fastidio.” (Maria Montessori)

Il caso Bologna ha sollevato un dibattito così acceso probabilmente perchè una delle istituzioni coinvolte è stata il sistema scolastico.

Il fatto che tramite il “Progetto Salvagente” l'associazione di genitori AGAP fosse riuscita ad entrare nelle classi per poter fare informazione riguardo la sindrome adhd ha trasformato un problema a prima vista esclusivamente di pertinenza medica in una questione ben più ampia.

Il fatto che una sindrome psichiatrica oltrepassi i confini di competenza degli specialisti medici è un aspetto importante poiché gli attori sociali coinvolti nel processo di gestione del disagio saranno diversi e altrettanto diverse saranno le competenze e gli ambiti di azione.

Anna, la fondatrice dell'associazione Agap, non ha mostrato dubbi al riguardo; il personale scolastico a Bologna non possiede le abilità e le conoscenze per gestire i bambini affetti dalla sindrome. Quindi oltre alle strutture mediche in grado di prendersi cura del figlio iperattivo dall'altra parte anche la scuola avrebbe dovuto essere più informata e preparata riguardo la sindrome adhd. Così l'ingresso dell'associazione nelle classi avrebbe realizzato una campagna informativa per sensibilizzare gli insegnanti e i genitori stessi su questa sindrome ancora poco conosciuta in Italia.

Dopo l'esplosione del caso e l'inizio delle indagini abbiamo visto l'emergere di un'altra associazione, “Scuola Protetta” che si propone di evitare il ripetersi di situazioni come quella di Bologna, fornendo addirittura un “kit scuola protetta” consistente in brevi documenti informativi da distribuirsi al corpo docente e dirigente della scuola, e mettendo a disposizione in rete “e-campus Scuola Protetta”, un corso e-learning di formazione a distanza sulle tematiche riguardanti i bambini iperattivi e la loro educazione. In caso di rispondenza della scuola nel suo insieme alle linee guida del progetto “scuola protetta” la scuola stessa riceverà una simbolica “certificazione” con annesso adesivo da appendere all'ingresso dell'istituto, eventualmente realizzando gemellaggi tra scuole sensibili a queste tematiche. I responsabili del progetto scuola protetta si dichiarano quindi apertamente contro ogni forma di medicalizzazione della scuola e propongono strategie di stampo pedagogico per un problema che non necessariamente rientra nel dominio medico. Infatti vengono proposte varie tecniche educative, approcci pedagogici alternativi come la musica terapia, laboratori artistici, tecniche ispirate al metodo Stenieriano o a quello Montessori.

Tutto questo movimento di reazione immediata all'intrusione dell'Agap nelle strutture scolastiche sembra nascere anche da un generale clima di insoddisfazione rivolto proprio all'ambito scolastico. L'Italia è sempre più spesso accusata di investire poco nell'educazione, gli insegnanti frequentemente sono accusati di non essere adeguati, e il numero di alunni per docente ha negli ultimi anni subito un forte incremento: quindi già a livello dell'organizzazione base delle istituzioni scolastiche emergono delle fragilità strutturali che creano un terreno fertile per la nascita di problemi educativi e gestionali.

E' infatti importante tenere in considerazione un altro evento preoccupante accaduto nello stesso periodo dell'esplosione del caso Bologna. Ad un mese dal lancio del progetto “scuola protetta” scoppia il caso dei bambini della scuola materna di Nardò (Lecce) nelle urine dei quali sono state rinvenute tracce di psicofarmaci ipnotico sedativi (Valium). Con l'accendersi della polemica molte sono le voci che hanno scorto in questo caso estremo un campanello di allarme per una pratica purtroppo diffusa non solo in ambito scolastico ma anche famigliare.

L'insoddisfazione degli insegnanti che ricorrono a questi metodi si incontra con l'esasperazione dei genitori anch'essi spinti all'utilizzo di sostanze per la gestione dei bambini.

Ho deciso quindi di chiedere qualche informazione direttamente ai “fornitori”; medici di famiglia e farmacisti, operatori che più di tutti gli altri sono immersi nelle dinamiche di richiesta e acquisto di questo tipo di prodotti da parte delle famiglie.

I pediatri che ho intervistato si sono dichiarati consapevoli testimoni di un aumento delle richieste da parte dei genitori di un aiuto farmacologico per addormentare o tranquillizzare il bambino, fin dai primissimi mesi di vita. Il dott. Guidi, pediatra operativo nella provincia sud di Bologna, in particolare afferma che nella pratica clinica mai come negli ultimi anni il problema dell'addormentare il bambino, e della gestione dei momenti post lavoro in casa sono diventati così problematici tali da spingere le famiglie stesse a richiedere un aiuto esterno sotto forma di farmaci.

I farmacisti che ho avuto modo di intervistare hanno confermato queste impressioni riferendo un generale

aumento negli ultimi anni di genitori che a banco richiedono “un aiuto farmacologico” o anche fitoterapico per calmare il bambino o per farlo dormire la notte.

Il punto è che quindi l'assunzione di sostanze farmacologiche per la gestione di comportamenti, ansia, ritmi sonno veglia e altre manifestazioni dell'essere umano più o meno in equilibrio sono sempre più utilizzate in questi ultimi anni. In una delle interviste uno dei farmacisti mi ha fatto notare che lo scandalo del farmaco Ritalin nel caso della sindrome adhd non emerge come un nuovo episodio isolato; le famiglie italiane (sebbene con ritmi più lenti di quelle del nord America) possiedono già da parecchi anni un armadietto di medicinali ben fornito nei loro bagni. E' già da tempo che confezioni di tranquillanti e sedativi trovano posto accanto a quelle delle aspirine e degli antiinfiammatori nelle case di molti italiani, senza che vi sia la presenza di una patologia psichiatrica dichiarata.

Tutto questo conferma l'impressione che all'origine di casi “scandalo” quali Nardò o Bologna non vi siano unicamente ditte farmaceutiche interessate al profitto, o almeno non solo, ma genitori e insegnanti in difficoltà nella gestione delle dinamiche educative e famigliari.

A questo punto quindi non può che nascere un'analisi socio culturale del fenomeno che sembra avere proporzioni molto vaste e radicate nel periodo storico in cui ci troviamo immersi.

Il bambino come categoria culturale recente.

Negli ultimi anni si è assistito ad un significativo sviluppo negli studi sociali sull'infanzia . Il fatto stesso che ci sia questa tendenza verso l'investigazione e la comprensione dell'infanzia come una specifica categoria culturale, può essere una conseguenza di come sia variata la costruzione dell'individuo bambino nelle società contemporanee. I bambini si sono venuti a costituire come “persone con i propri diritti” , è quindi anacronista rapportarsi ad essi come a prodotti passivi della socializzazione.

Gli studi sulle forme che ha assunto l'infanzia attraverso i tempi e i luoghi ci ricordano come sia impossibile concettualizzare l'individuo bambino e l'infanzia in generale come un'entità universale, unitaria, “naturale”. Uno dei trend seguiti attualmente è quello di liberarsi del preconetto secondo cui i bambini diventano soggetti sociali in base all'azione degli adulti: per il fatto stesso che siamo esseri sociali e conosciamo e costruiamo la nostra realtà tramite le relazioni che intrecciamo con gli altri e con l'ambiente, l'individuo bambino inevitabilmente adopera un'azione importante nei processi di significazione degli adulti. In breve non è un rapporto a senso unico che si viene a creare tra adulti e bambini. Soprattutto oggi che il bambino ha acquisito una serie di diritti e attenzioni, che lo rendono particolarmente importante in quanto soggetto di tutela da ogni tipo di violenza e abuso e al tempo stesso tenuto in grande considerazione dalle strategie di mercato immerse in logiche capitalistiche.

Adulti e bambini appartengono a specifiche posizioni sociali, relazionandosi tra loro in base a dinamiche definite in precisi contesti sociali. Contesti sociali in cui intervengono le posizioni generazionali, i ruoli di potere per cui nel contesto familiare troviamo il gruppo degli adulti e quello dei figli, e nel contesto scolastico il gruppo degli insegnanti e quello degli studenti. Le azioni dei figli e degli studenti si incontrano con quelle dei genitori e degli insegnanti in una particolare cornice generazionale che non potrà essere la stessa di 50 anni fa (Leena, Barry 2001).

Il problema dell'educazione, del bambino “cattivo” ben rappresentato dal soggetto adhd può essere interpretato dalle teorie foucaultiane nelle ipotesi per cui l'educazione corretta dei bambini sia progettata per realizzare corpi adulti docili. I corpi docili costituiscono una componente arrendevole dell'ordine sociale, il cittadino modello, e l'infanzia viene quindi gestita primariamente come corpo, investimento per la creazione di adulti controllabili.

L'esponente più influente di un approccio sociologico strutturale è Talcott Parsons, secondo Parsons il bambino è coinvolto dalla socializzazione come processo di interiorizzazione delle costrizioni sociali, un processo quindi regolamentato dall'esterno. La personalità individuale del bambino si formerebbe in continuità con gli scopi e gli strumenti della società stessa. Le potenzialità del bambino sono così limitate ad un numero di scelte disponibili nell'interazione sociale. Questo tipo di approccio considera il bambino nel suo essere plasmabile e dipendente dal contesto sociale, mentre se vogliamo approfondire le problematiche della sindrome adhd, sorge l'esigenza di approcciarsi al problema con teorie che evidenzino le possibilità di azione dell'individuo bambino, facendo emergere le negoziazioni che si producono quando il bambino non è in linea con le aspettative sociali prestabilite.

Al contrario degli adulti il bambino però non può usufruire di una possibilità importante: l'autodiagnosi. In America oramai gli adulti che sostengono di essere stati bambini adhd non riconosciuti tempestivamente stanno aumentando. Sul posto di lavoro un adulto con la sindrome adhd può ottenere diverse facilitazioni, riduzione del carico di lavoro, pause più frequenti rispetto ai colleghi: un adulto è libero di sospettare di essere affetto da questa sindrome, e quindi di rivolgersi alle strutture mediche per cercare di ottenere una diagnosi ed eventuali vantaggi correlati (Conrad Potter 2000). In questi termini la sindrome adhd è trattata

come una sorta di bassa performance; individui affetti da adhd sentono che potrebbero raggiungere traguardi migliori se adeguatamente trattati e aiutati. Inoltre la popolarizzazione nei mass media della sindrome, per cui ad oggi tutti ne parlano, tutti hanno soluzioni al riguardo, persino le fonti non specialistiche forniscono test per capire se si è affetti dalla sindrome, tutto ciò rende questa diagnosi estremamente disponibile e il fenomeno dell'autodiagnosi sempre più diffuso. L'adhd è una delle categorie psichiatriche che ha esteso il suo dominio ad un target non esclusivamente infantile inglobando il mondo degli adulti.

Le categorie mediche psichiatriche sono potenzialmente elastiche e possono quindi ampliarsi per poter comprendere nel loro dominio diverse manifestazioni. Nel caso dell'adhd questo fenomeno è particolarmente evidente. Ma non è una prerogativa esclusiva dell'adhd: per fare un esempio la sindrome da stress post traumatico era stata concepita per i veterani del vietnam sofferenti in seguito agli effetti di anni di esperienze brutali in guerra. Poi è stata allargata alle vittime di violenze sessuali, e a testimoni di disastri e violenze di varia natura.

In tutto questo emerge il punto debole: il bambino non può permettersi di sospettare di essere affetto da adhd, non può decidere se adoperarsi o meno per ottenere la diagnosi, né tanto meno chiamare altri bambini per creare un'associazione che faccia valere i loro diritti di bambini malati.

L'iperattivo in classe

Nella maggior parte delle società occidentali i bambini sono obbligati a trascorrere la maggior parte del loro tempo nelle scuole. Le scuole rappresentano una tappa fondamentale per il passaggio allo status di adulto, quindi più che come spazio la scuola si presenta come un programma, un percorso che dà senso alla scuola come struttura formale. La scuola con la sua organizzazione tipica in aule e la distribuzione dei banchi satelliti della cattedra dell'insegnante si impone come sistema disciplinato di controllo.

Assistiamo nel caso dell'adhd in particolare ad un processo di medicalizzazione che difficilmente appare come prodotto e manovrato esclusivamente dal sistema medico. I pediatri e gli psichiatri agiscono all'ingresso del processo terapeutico della categoria medica in quanto sono gli unici che possano prescrivere il farmaco. Dall'altra parte gli insegnanti e i genitori si occupano della precoce identificazione dei soggetti adhd, candidati per la medicalizzazione.

Vediamo come il soggetto sociale bambino, si trovi assolutamente escluso dal processo diagnostico e terapeutico; del resto il suo status di bambino lo rende inabile nel prendere decisioni riguardanti la sua salute. Se il problema fosse limitato ad un contesto esclusivamente scolastico e il bambino fosse quindi solo un giovane irrequieto, si potrebbe pensare che il suo agire non collaborante o non performante sia un problema negoziabile, tramite un impegno da parte delle figure genitoriali e educative nel raffinare le tecniche educative, magari per un aumento motivazionale del bambino, cercare di infondere motivazione. Invece spostando la partita sul campo della salute il bambino non può che rassegnarsi alla cura, perché si agisce in nome della sua salute. E la salute, si sa, viene prima di tutto. E in un mondo governato da dinamiche biopolitiche la salute dei bambini è un'ottima carta da giocare.

Henry Giroux (1981) puntualizza come ci siano state tre principali teorie riguardo il sistema educativo: tradizionale interpretativa riproduttiva (Malacrida 2003).

La teoria tradizionale non considera il sistema educativo in se e per se come oppressivo ma ritiene che tramite efficaci interventi da parte di legislatori e amministratori se ne possano correggere i punti deboli e negativi. La teoria interpretativa invece ritiene che la scuola dovrebbe operare come prodotto di una collaborazione tra studenti e insegnanti che tramite basi consensuali si possa negoziare il modo di educare, in base alla condivisione e trattazione di obiettivi comuni. La teoria riproduttiva, nettamente più critica, vede nel sistema scolastico il luogo in cui gli ideali dominanti, la classe sociale e altre relazioni sono riprodotte e confermate.

Al contrario delle prime due teorie sinteticamente esposte, quella riproduttiva non vede nel bambino in quanto studente la possibilità di emergere con le proprie capacità a prescindere da razza, genere, religione e stato sociale. Anzi, insieme alle tendenze post strutturaliste, le teorie più critiche guardano al sistema educativo al pari delle altre grandi discipline quali la medicina, la psichiatria, la psicologia: potenti sistemi la cui funzione principale non dichiarata è quella di organizzare, categorizzare, scrutinizzare e disciplinare gli individui, che diventano quindi facilmente gestibili e controllabili. Un'ulteriore ipotesi post strutturalista è che questi grandi sistemi agiscano in concerto, lavorino insieme per la produzione di giovani "corpi docili". E nel caso dell'adhd, si assiste alla palese intrusione del mondo medico nel sistema educativo e nella direzione opposta e parallela gli educatori stessi assumono le parti di collaboratori nel processo di medicalizzazione.

Che questo processo avvenga deliberatamente o meno non posso averne la certezza, del resto posso intuire che le istituzioni coinvolte anche se non agiscono volontariamente in concerto sono egualmente motivate nel rendere questa patologia reale.

Vi è un vasto consenso sul fatto che dai tempi del secondo conflitto mondiale si stanno diagnosticando

sempre più bambini come affetti da patologie psichiatriche, con numeri che sfiorano il 20% di tutta la popolazione infantile (Gwynedd Lloyd 2006). Allo stesso tempo sembrano aumentare i casi di bambini con difficoltà scolastiche, che vengono espulsi o sospesi da scuola e che comunque hanno problematiche famigliari o commettono crimini nelle loro comunità. Si può intuire come le popolazioni di bambini esclusi da scuola in quanto ingestibili e quelli con dichiarate diagnosi psichiatriche spesso si sovrappongano, rendendo sfumati i limiti tra un gruppo e l'altro. Studi condotti sui ragazzi espulsi da scuola suggeriscono come il contesto famigliare e sociale influiscano significativamente sul rendimento scolastico. La relazione tra difficoltà scolastiche e altre problematiche nelle vite dei bambini è stata presa in considerazione dall'organizzazione della salute mentale dei bambini "Young Minds to the Department for Education in England". Mi riferisco a questa associazione britannica perchè si occupa di un punto fondamentale: la questione di bambini e ragazzi che mantengono comportamenti problematici nel contesto scolastico e che forse necessitano di risorse per la loro salute mentale. Questa associazione quindi vede un collegamento tra disturbi comportamentali sviluppati a scuola e problemi di salute mentale.

Il concetto di salute mentale stesso è socialmente determinato, nasce da basi relazionali, riflette il sistema di valori del diagnosticante per cui è complesso determinare chi dei ragazzi problematici a scuola merita l'etichetta di disturbo mentale quale l'adhd o disturbo della condotta o disturbo da difficoltà emotive e relazionale. L'adhd è uno dei tanti e recenti disturbi mentali adolescenziali diagnosticabili in contesti educativi. E, come è già stato detto, l'etichettamento di una di queste categorie diagnostiche su di un bambino offre uno status speciale, una condizione di deresponsabilizzazione, salvandoli dallo status di ragazzi cattivi per trasformarli in malati bisognosi di cure. La trasgressione delle norme scolastiche viene considerata come non deliberata, inavvertita o non consapevole. Al contrario di teorici che vedono in questi comportamenti un fenomeno di resistenza a strutture oppressive senza alcun richiamo a disfunzioni organiche individuali.

I processi per cui un bambino assume lo status di malato di una determinata categoria psichiatrica sono molto complessi e coinvolgono docenti, dottori, genitori.

Per quanto riguarda il sistema scolastico è interessante notare l'emersione di due tendenze negli ultimi 30 anni: sono aumentati i movimenti per i diritti dei disabili che hanno spinto gli educatori a riconsiderare le idee e le pratiche relative all'educazione di studenti con speciali necessità. Quindi si è assistito al fenomeno dell'inclusione di molti studenti con varie difficoltà e gli strumenti e le risorse di sostegno a loro fornite sono state riviste in termini più positivi rispetto a quelli precedenti che parlavano di aiuto supplementare per disabilità e handicap. Infatti si è accettato il fatto che esistono una serie di motivi per cui un ragazzo anche solo per un dato periodo necessita di aiuti supplementari per affrontare la carriera scolastica, non solo in caso di diagnosi psichiatrica ma anche ad esempio per un particolare momento di crisi famigliare. Questo nuovo modo di pensare l'individuo studente ha reso il sistema scolastico più inclusivo nei confronti dei giovani e teoricamente in grado di indirizzare diverse offerte educative verso ragazzi con differenti esigenze. Oltre a questa tendenza assistiamo però anche all'aumentare dell'utilizzo di categorie psichiatriche per spiegare il comportamento anomalo degli studenti. Il sistema medico offre alle strutture scolastiche una nuova cornice entro cui descrivere in termini differenti i comportamenti scolastici devianti, enfatizzando anche l'utilizzo di trattamenti farmacologici. Il ragazzo che non lega con i compagni e che ha vari problemi relazionali ad oggi può essere classificato come affetto da EBD (Emotional Behavioural Difficulties / Disorder) e quindi curato con approcci psicofarmacologici.

Oltre all'adhd quindi una nuova ondata di categorie mediche sembra dare ragione di una vasta gamma di comportamenti devianti tenuti dagli studenti nelle strutture scolastiche: Disturbo della condotta, Disturbo Oppositivo, Disturbo Bipolare, Dislessia, anche in comorbilità tra loro.

Questo nuovo armamentario di categorie mediche lascia poco spazio ad un eventuale critica delle istituzioni che accolgono i ragazzi incaricandosi della loro educazione. Agli insegnanti spetta il compito, arduo, di giudicare se il comportamento deviante dello studente sia dovuto o meno a queste patologie. Il punto non chiaro è che questi disturbi sono stati affermati su base tautologica (Gresham 2002), cioè i ragazzi hanno questi disturbi perché mostrano di avere il comportamento che li definisce. Ad esempio lo studente non si concentra durante la lezione in classe, allora il suo disturbo è il deficit di attenzione che descrive un deficit di attenzione in classe. Quando è il disturbo che causa il comportamento tutte le azioni del bambino diventano delle manifestazioni sintomatiche del disturbo stesso. I bambini, da attori sociali consapevoli e potenziali oppositori, diventano individui la cui azione è determinata dal disturbo.

Inoltre abbiamo già notato come le strutture scolastiche stesse in caso di disturbi psichici riescano ad ottenere sostegni finanziari e risorse per la gestione dei ragazzi affetti da tale disturbi. Quindi esistono incentivi per le famiglie e gli insegnanti perché le categorie psichiatriche entrino nelle aule scolastiche.

Al tempo stesso per gli insegnanti può essere stressante non possedere la formazione specifica per l'educazione di tali ragazzi che necessitano un'educazione speciale. Ma tutti i manuali per "studenti adhd" elaborano tecniche e strategie che alla fine sembrano idonee per tutti gli studenti, senza forti caratteri di specificità. Strategie di problem solving, apprendimento metacognitivo, visualizzazioni, gestione dei tempi

sono tecniche utili per tutti gli studenti. Tra la grande mole di manuali prodotti per studenti adhd ce ne sono diversi che indicano in cambiamenti di dieta e attività fisica la soluzione alle problematiche. Del resto molte ricerche si sono concentrate sugli effetti delle sostanze e degli additivi alimentari sulle performance dei giovani, per cui in molte scuole è stata data attenzione all'offerta alimentare nella struttura.

Queste etichette diagnostiche non possono essere utilizzate meccanicamente, piuttosto emergono da un complesso sistema di valori e prospettive, da ciò che si considera normale per un giovane a scuola, dal contesto in cui vive il bambino. Una buona comprensione di come i ragazzi agiscono a scuola richiede infatti l'analisi di come i bambini crescono e si sviluppano attraverso le relazioni sociali. Questo dovrebbe avvenire attraverso una comprensione delle micropolitiche scolastiche, la percezione di pressioni finanziarie e politiche, il peso di ineguaglianze strutturali riguardanti le minoranze culturali, le influenze di altre fonti culturali quali i mass media. Tutto questo perchè non si può considerare la scuola un sistema chiuso o semplicemente l'istituzione adibita alla formazione e alla disciplina. A scuola si incontrano con modalità intense le dinamiche stesse che costituiscono il flusso della nostra società e di quello che siamo. Per cui i ragazzi si trovano immersi in processi educativi intrinsecamente caratterizzati da questioni di stato sociale, razza, genere (Lloyd 2005). Quindi quando si parla di devianza a scuola dobbiamo prendere in considerazione i processi nella nostra società che possano contribuire all'emergere di queste difficoltà o disabilità; l'educazione va compresa in termini più ampi di quelli descritti in termini di rendimento scolastico, concentrazione, curriculum.

E anche per quanto riguarda il legame tra le nuove politiche scolastiche e i disturbi di cui soffrono i ragazzi c'è vasta letteratura al riguardo (Kinder 1995). Agli studenti oggi vengono richiesti tempi di attenzione più lunghi, valutazioni basati su test con tempi di svolgimento ridotti, inoltre il pressing nella carriera scolastica sembra sempre più alto, le classi sempre più affollate, gli sbocchi professionali non rassicuranti anche dopo percorsi formativi molto lunghi; anche da un punto di vista prettamente educativo e formativo emergono diversi aspetti che possono essere coinvolti nella crescita dei disturbi giovanili. Infatti una delle critiche più forti verso il sistema scolastico coinvolto nella diffusione di questi disturbi psichiatrici come l'adhd è il fatto che le scuole dovrebbero dare importanza alle interazioni tra le risposte comportamentali individuali e il contesto in cui avvengono il curriculum e la pedagogia elaborate dagli educatori. Questo per poi adoperarsi nell'identificazione e nel superamento delle barriere all'apprendimento piuttosto che concentrarsi sulla classificazione delle difficoltà, riunite nella formazione dell'etichetta diagnostica.

Problema di performance scolastica?

L'adhd segue la dislessia e altri disturbi che hanno risvegliato forti interessi da parte del mondo genitoriale e medico per il loro forte impatto sulla performance scolastica. Quindi oltre agli specialisti appartenenti al mondo medico gli insegnanti vanno a ricoprire un ruolo critico nel riconoscimento e gestione della sindrome. Il DSM4 oltretutto accorda agli insegnanti un ruolo formale nella diagnosi attraverso gli unici strumenti diagnostici attualmente disponibili: I test di valutazione come la Conners Teacher's Rating Scale (Phillips 2006).

Negli stati uniti d'America vari studi effettuati nel nord America hanno rivelato che molte delle diagnosi di adhd sono state suggerite primariamente dagli insegnanti (, Kautz 2003).

Adirittura, nella realtà nordamericana si può avanzare l'ipotesi che le aziende farmaceutiche effettuino delle campagne di indottrinamento degli insegnanti in quanto "broker" di adhd: mediatori tra il bambino problematico che con il loro intervento può assumere i caratteri di bambino adhd e quindi diventare consumatore di psicofarmaci.

La penetrazione di lobby nei sistemi scolastici non è cosa nuova: grandi corporazioni nel campo dell'abbigliamento e della ristorazione (fast food in particolare) da anni spingono le loro maglie pubblicitarie all'interno degli edifici scolastici. L'industria farmaceutica, realizzando campagne pubblicitarie dirette agli insegnanti tende a coprire un terreno che sembrava essere sicuro e ben isolato, dove i bambini potessero essere protetti dalle dinamiche di mercato, soprattutto da quelle che gestiscono la salute.

Rispetto ai medici, che si rapportano alla sindrome adhd in termini di capacità diagnostiche e terapeutiche il corpo insegnanti si trova in una posizione nettamente più multisfaccettata.

Prima di tutto gli insegnanti sono influenzati dalla personale conoscenza della sindrome adhd, molti degli insegnanti della provincia di Bologna con cui ho parlato, non sapevano dell'esistenza della sindrome, altri ancora avevano una vaga idea del disturbo ma non ne concettualizzavano i sintomi nello specifico. Alcuni, sebbene più informati, ne negavano la realtà di patologia, considerando i bambini etichettati adhd come problematici dal punto di vista comportamentale, sui quali è possibile intervenire con strategie educative. Molti degli insegnanti avendo una preparazione pedagogica tendono a vedere il comportamento del bimbo come il prodotto di processi educativi e stimolazioni ambientali che convergendo fanno emergere quella particolare modalità di atteggiamento iperattiva e disattenta.

Nonostante il sistema scolastico sia considerato come dotato di una certa indipendenza e autonomia rispetto al sistema medico, con i casi di Bologna e Nardò, è difficile negare una sorta di intrusione da parte del mondo medico all'interno del dominio professionale educativo.

Tra l'altro la diagnosi di adhd è strettamente legata alla scuola, più che ad ogni altro contesto in cui il bambino vive. I sintomi dell'adhd descritti dai manuali DSM e Icd riguardano infatti performance scolastiche; il bambino adhd non porta a termine i compiti, non ascolta l'insegnante, non sta seduto al banco, perde gli oggetti necessari per le attività scolastiche.

Le compagnie farmaceutiche, per il successo delle loro campagne pubblicitarie, utilizzano concetti riguardanti le competenze scolastiche: il farmaco sembra diventare un aiuto, per migliorare le performances scolastiche, raggiungere i traguardi didattici mancati, insomma il limite tra terapia e per un disturbo e aumento della performance in ambito scolastico è purtroppo sottile, soprattutto in un'epoca in cui il successo e la competitività sono così forti e percepiti anche da adolescenti e bambini. In America gli psicofarmaci per il trattamento dell'adhd vengono infatti illegalmente utilizzati anche dai ragazzi che desiderano preparare esami in tempi ridotti, studiare con più concentrazione, tutto questo comprando illegalmente le pillole prescritte ai loro amici affetti dalla sindrome. È innegabile il dato che il ritalin aumenti i livelli di concentrazione di tutti gli individui, non solo dei disattenti e iperattivi, quindi gli studenti che intendono usare delle strategie per prepararsi agli esami possono desiderare le compresse che i loro compagni più "fortunati" riescono a farsi prescrivere in quanto malati (Heinrich 1998).

Un altro fenomeno interessante che coinvolge il sistema educativo e l'adhd è che mentre per altre patologie esistono protocolli educativi speciali che aiutino gli insegnanti a gestire i bambini con disturbi come la dislessia, disgrafia, per l'adhd non sembra ci sia nulla di specifico, i soli suggerimenti proposti sembrano poter essere rivolti a tutti gli alunni di tutte le classi.

Questa mancanza è principalmente dovuta a due fattori: la sintomatologia dell'adhd è così vaga e generica che le strategie per gestirla sembrano parte di quello che ogni insegnante competente dovrebbe già essere in grado di fare con qualsiasi alunno. Infatti tra le tecniche suggerite per aiutare l'insegnante a gestire il bambino adhd in classe compaiono le seguenti generali istruzioni: Essere chiari nel dare istruzioni, avvertire preventivamente di eventuali sovraccarichi di compiti che possano richiedere sforzi ulteriori, investire più tempo in rapporti uno a uno con l'alunno. Premettendo che le classi sovraffollate sono un problema urgente non solo nella nostra penisola, il rapporto uno a uno con l'alunno, ritenuto una strategia così efficace nel caso di adhd sembra tanto suggerire una mancanza di cura e attenzione nella qualità dell'educazione: il fatto che il bambino reagisca meglio se gli viene concessa maggiore attenzione e considerazione non può che ricordare quale sia invece il trend attuale in classi di più di trenta alunni con un solo insegnante spesso volte sovraccaricate di lavoro.

Forse le strategie base da applicare a scuola non devono essere così date per scontato visto che le condizioni di insegnamento sono così difficoltose.

Un altro fattore che rende la gestione del bambino adhd in classe problematica è il fatto che i comportamenti reputati sintomi dall'adhd sono prevedibili in quasi tutti i bambini, più o meno irrequieti a seconda della personalità. Quindi diventa arduo discriminare le situazioni in cui l'insegnante deve adoperare un comportamento o strategia specifica per un bambino con adhd e quelle in cui deve gestire solamente un bambino irrequieto e non collaborante. E anche se realmente tra i soggetti da gestire ci fosse una differenza di status di malato, è possibile che il trattamento educativo sia lo stesso ed egualmente efficace per entrambi, il che metterebbe ulteriormente in discussione lo status dell'adhd di patologia psichiatrica.

La mancanza di un consenso tra gli insegnanti riflette il dibattito in corso nel mondo medico. Nonostante i criteri diagnostici provvisti dal DSM-4 e il ruolo diagnostico formale assegnato ai docenti la situazione rimane poco chiara. Alcuni insegnanti, conservando un approccio pedagogico, ritengono che questi bambini adhd non siano altro che i "Pierino" della classe, da sempre esistiti e al massimo aumentati a causa di deficit educativi in famiglia o di impulsi culturali discutibili come videogiochi e troppe ore di televisione. Del resto abbiamo già visto come l'approccio pedagogico abbia dominato in Italia nel campo della psichiatria infantile con il contributo della Montessori. Altri, anche riconoscendo la realtà ontologica della sindrome, soprattutto in Italia, non sembrano dimostrare un'adeguata e approfondita conoscenza dei manuali e dimestichezza nella valutazione dei sintomi, nonostante implicati nel processo al pari degli specialisti medici.

Per il dott. Marzocchi il ruolo degli insegnanti è semplicemente fondamentale per la comprensione diagnostica in quanto il bambino trascorre molto del suo tempo in classe. "Più che un potere diagnostico quello degli insegnanti è una fonte di informazione; nella diagnosi il clinico mette insieme tutti i pezzi. Il bambino trascorre a scuola più di un terzo della sua giornata e nei contesti strutturati organizzati ha modo di far vedere le sue capacità e difficoltà, quindi il contesto scolastico diventa fonte di informazione." Aggiunge poi che la valutazione degli insegnanti e quella dei genitori spesso discordano "La concordanza tra la valutazione del genitore e quella dell'insegnante è molto bassa, la correlazione media è 0.30 (da 0 a 1). Non vedono il bambino allo stesso modo. Il bambino per essere iperattivo deve però esserlo in entrambi i contesti: casa e scuola. Ma il DSM indica chiaramente che la valutazione dell'insegnante è quella predominante: "I

segni devono essere riportati dagli adulti che frequentano gli ambienti del bambino come parenti e insegnanti. Siccome i sintomi sono estremamente variabili, possono non essere direttamente osservabili dal clinico. Quando i rapporti degli insegnanti e dei parenti sono in conflitto, considerazione primaria va all'insegnante per la sua maggiore familiarità con le caratteristiche appropriate per l'età del bambino" (American Psychiatric Association. Task Force on Nomenclature and Statistics. and American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980).

L'altro fenomeno interessante è la crescente nascita di corsi di specializzazione per psicologi e professionisti per la gestione dell'adhd. Riguardo al cambiamento culturale per cui il concetto di aggiornamento sembra una forte ma mai adeguata necessità, possiamo assistere all'incremento esponenziale di corsi, seminari e master per la formazione di educatori, psicologi e terapeuti nella gestione dei bambini adhd. Sfogliando ad esempio "Disturbi di attenzione e iperattività" supplemento della rivista "Difficoltà di apprendimento", diretta dal dottor Marzocchi, leggiamo: "Dove sta la mia attenzione?" training di meta-attenzione per i bambini della scuola elementare, poi "Convegno annuale per il bambino iperattivo e disattento", "Master in psicologia clinica su diagnosi e trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività", "Giornata nazionale per il bambino iperattivo e disattento" e una miriade di cd rom, libri, opuscoli sul potenziamento delle capacità attentive dei bambini in età scolare. Per non parlare della letteratura più "profana", riviste reperibili in edicola o in libreria che difendono diverse metodologie per prevenire e curare i disturbi di attenzione nei bambini e negli adulti.

Il punto è che creata la categoria medica, si fanno avanti eserciti di "esperti" nella gestione del disturbo: professionisti con corsi di formazione, profani con libri e strategie per il trattamento della sindrome con metodi naturali. Che si creda o meno nella categoria medica si ha comunque un'esplosione di risolutori che sembrano ricordare che se anche la patologia non esiste almeno un disagio per il quale proporre delle soluzioni permane.

Insomma la scuola emerge come il terreno primario su cui una patologia come l'adhd può trovare basi solide che giustifichino la sua realtà d'essere ma al tempo stesso diventa il luogo dello smascheramento delle sue incertezze ed ambiguità.

Lo studente malato è una risorsa

Nel nord America più che il pediatra o lo psichiatra è l'insegnante a svolgere un ruolo attivo e in primo piano nella diagnosi del bambino adhd.

In genere i bambini sono identificati nelle prime classi della scuola elementare e gli strumenti valutativi utilizzati descrivono comportamenti tenuti in classe più che in casa o durante il gioco.

Quindi i criteri diagnostici stessi sono costruiti attorno alla performance scolastica. La sindrome adhd è prevalentemente legata ad un curriculum scolastico. Questo aspetto è importante come abbiamo già visto quando il trattamento stesso per l'adhd, il ritalin fra tutti, è utilizzato da soggetti biomedicalmente "sani" per aumentare le performance scolastiche.

Per quanto riguarda i processi dinamici che hanno portato la scuola ad avere un ruolo predominante nella sindrome adhd Kiger propone la teoria secondo la quale attualmente per le scuole è più difficile espellere, sospendere o punire gli studenti più problematici, questo rende la scelta terapeutica farmacologica più attraente.

Il controllo dei ragazzi ingestibili, ma non più punibili, si otterrebbe prima con un'etichetta che li trasformi in malati e poi con un trattamento farmacologico: una possibilità allettante in un periodo storico in cui non si può più punire o liberarsi facilmente degli studenti difficili.

Questo trend ha avuto il suo apice nel raggiungimento da parte delle scuole di un altro traguardo: aiuti finanziari per bambini con problemi medici piuttosto che comportamentali, grazie all'atto del 1975 (All Handicapped Children Act) che in America trasformò bambini ingestibili in risorse per il sistema scolastico stesso. Secondo Kiger quindi, il fatto che oggi la scuola dell'obbligo costringa molti ragazzi non portati per lo studio a rimanere nelle classi per molti anni, il cambiamento delle pratiche disciplinare attualmente molto meno severe e fisiche di una volta, tutti questi fattori si sono combinati rendendo la prospettiva di una diagnosi medica con trattamento farmacologico molto allettante per la gestione di comportamenti scomodi nelle strutture scolastiche. Inoltre il costo del farmaco d'elezione per l'adhd è relativamente basso, accessibile quindi anche alle famiglie di più bassa estrazione sociale, che quindi avrebbero anche una probabilità maggiore di avere figli con difficoltà a scuola.

Inoltre a prova dell'interdipendenza tra conoscenza medica e contesto educativo in cui l'esperienza quotidiana degli insegnanti è usata come validazione per postulare verità nel regno medico, vediamo che la scuola passando da un sistema punitivo ad uno terapeutico si libera della responsabilità del fallimento

scolastico dei propri alunni.

Il fatto che si possa considerare un comportamento anomalo come una patologia comporta oltre alla caduta di responsabilità, un etichettamento che ha del permanente ed inevitabile. Il comportamento può essere corretto, il disturbo invece al massimo trattato e senza trattamento si presume che il bambino crescendo non possa migliorare. Per quanto riguarda l'educazione scolastica quindi, l'insegnante non è più costretto a mettersi alla prova come educatore di un bambino problematico. Ma può invece rassegnarsi al comodo assunto che il bambino ha qualcosa che non va, "al suo interno", a prescindere dalle modalità di insegnamento tenute. Così invece che integrare il bambino in un ottica di inclusione del bambino nei processi e tappe scolastiche lo si può pensare in termini esclusivi come individuo speciale con decorso e aspettative scolastiche differenti, il che è molto più rilassante per un insegnante che altrimenti dovrebbe seguire precisi standard e traguardi scolastici.

Nel senso opposto negare la realtà di patologia ad un bambino che sembra mostrare tutti i sintomi adhd può diventare pericoloso per la famiglia e la società stessa. O almeno così sostengono i sostenitori della adhd come patologia.

In che modo si può indurre qualcuno a dover essere trattato e quindi preventivamente etichettato come malato? Semplicemente suggerendo tutte i possibili fattori collaterali di una non presa in gestione del problema: il bambino adhd non trattato, crescendo, potrà più facilmente degli altri individui incontrare problemi di dipendenza da droghe, alcolismo, bassa autostima, disoccupazione, criminalità. Al contrario con il trattamento si potranno scongiurare tutti questi pericoli e raggiungere un buona carriera e dignitosi traguardi economici. Ma soprattutto evitando tutte le problematiche la società stessa effettua una sorta di profilassi per evitare la presenza di futuri individui problematici che potrebbero minacciare l'ordine e pesare economicamente sul sistema stesso. Sul fatto che esistano studi che scientificamente dimostrino la causalità tra un bambino adhd non trattato e fenomeni di delinquenza o abuso di droghe in età adulta si ritorna al solito problema dell'ambiguità, per cui alcuni studi negano di fatto le correlazioni adhd e disagio adolescenziali, chiamando in causa altri disturbi meno equivoci come il disturbo da condotta. Il fatto che l'adhd abbia un altissimo livello di comorbidità con altri disturbi tra i quali quello della condotta rende le conclusioni degli studi più allarmistici meno forti: la comorbidità è uno dei punti deboli della sindrome che difficilmente può essere studiata e identificata pura, senza una qualche altra disfunzione in atto.

Evitando di addentrarci nelle analisi biomediche di queste prognosi a lunghissimo termine e mantenendo una approccio più sociologico nel trattare la questione dell'esito del bambino adhd non trattato, vediamo come il concetto di individuo a rischio è stato approfondito da Robert Castel, in uno studio che ha rivelato come il settore "psi" (psicologi, psichiatri e anche sociologi) abbiano negli ultimi anni fatto spesso riferimento all'identificazione di popolazioni a rischio. Identificare e successivamente arginare e trattare la popolazione a rischio significa garantire una sorta di sicurezza e stabilità non solo per l'individuo in se stesso (che grazie all'intervento biomedico da cattivo diventa malato) ma per la società stessa che si trova a prevenire i potenziali individui problematici intervenendo anticipatamente sull'infanzia (Castel 1982).

Inoltre si può facilmente immaginare come questo tipo di discorso, che sia provato o meno dal mondo medico-scientifico, possa far presa sulle aspettative e le ansie di una coppia di genitori, oggi.

Lo spauracchio di una previsione così nefasta per il figlio non trattato adeguatamente si aggiunge alle già insostenibili ansie da prestazione che in una società come la nostra spingono i famigliare del bambino a desiderare la migliore carriera scolastica e lavorativa per il proprio figlio.

Oltre alla già forte competizione con i suoi coetanei il bambino deve gestire quanto può le aspettative genitoriali, e le richieste scolastiche armonizzandole con le altrettanto esigenti richieste sociali. Molti sono i pensatori che vedono nei disagi infantili attuali più che disfunzioni e patologie delle legittime reazioni da parte di individui particolarmente sensibili a richieste ambientali esagerate per la loro età e soprattutto per la "ricompensa" che li attende.

Troppe volte nel corso dell'analisi di questa sindrome si è assistito ad uno passaggio di responsabilità da agenti sociali ad altri. La patologia sembra la panacea di cui tutti gli attori coinvolti nella gestione della bambino hanno bisogno anche solo per sentirsi meglio di fronte ai propri limiti.

Dotati o malati? I bambini Indaco

Una delle ipotesi più insolite riguardo al problema del bambino iperattivo e disattento è la teoria dei bambini indaco.

Il nome Indaco deriverebbe dal colore dell'aura di questi individui che dagli anni 80 sembrano nascere in numero sempre crescente. Secondo questa concezione i bambini problematici che vengono etichettati come affetti dalla sindrome adhd in realtà potrebbe essere individui particolarmente dotati. "La nostra cultura è basata sul concetto di evoluzione, che però si riferisce solo al passato: l'idea dell'arrivo sul pianeta di una nuova coscienza umana non è facilmente ammissibile" (Carrol 1999). I bambini Indaco sono bambini e

bambine che sembrano dotati di un nuovo patrimonio genetico e di straordinari e rari attributi psicologici molto diversi da quelli riscontrati fino ad ora e potrebbero rappresentare il prossimo livello dell'evoluzione umana. Si manifestano con personalità anticonformiste rispetto ad ogni sistema, sono intuitivi, tecnologici, creativi, sensitivi, faticano ad accettare metodi educativi tradizionali e rifiutano a priori l'autorità dei genitori e degli insegnanti. Secondo questa teoria spesso a questi bambini vengono diagnosticati disturbi dell'attenzione, dell'apprendimento e iperattività, e vengono spesso trattati con psicofarmaci per frenare la loro energia ritenuta esagerata.

Seguendo questo pensiero, gli psicofarmaci e in generale l'etichettamento diagnostico non sono altro che un fraintendimento o una scorciatoia per la gestione di un problema che invece potrebbe diventare una risorsa se fosse ben accolta.

Le interviste a madri di bambini indaco hanno rivelato aspetti interessanti in relazione alla sindrome adhd.

Laura, che sostiene di avere due figli entrambi indaco, ritiene che il ruolo degli educatori e del sistema scolastico abbia fallito nella gestione dei suoi figli, che riconosce essere problematici in quanto dotati, non in quanto malati o affetti da adhd.

Più volte Laura ha affermato di aver assistito a tentativi da parte di insegnanti e medici di diagnosticare la sindrome da disattenzione e iperattività soprattutto verso il suo figlio maschio, più ingestibile della femmina tra i banchi di scuola.

Dopo diversi anni scolastici con scarsi risultati nel profitto e nelle relazioni con compagni di classe ed insegnanti finalmente si sono raggiunti risultati grazie ad una associazione extrascolastica che ha aiutato il giovane nella comprensione e gestione delle problematiche attentive e di condotta.

Quindi anche se appartenenti a schieramenti opposti, sia le madri dei bambini indaco sia le madri di bambini adhd lamentano una scarsa efficienza del sistema scolastico nella gestione delle problematiche dei propri figli.

Ma la differenza principale nei due approcci è che la madre di un giovane indaco sebbene consapevole delle difficoltà incontrate dai propri bambini, ritiene il proprio figlio dotato di un talento particolare e in quanto tale bisognoso di particolari attenzioni e cure da parte delle strutture in cui vive. Le madri di bambini indaco tendono infatti spesso a mettersi in discussione come educatrici e genitori poiché vedono nel proprio figlio l'espressione di qualcosa di nuovo e moralmente importante che deve essere accettato, accolto e messo a frutto in direzione di potenziali creativi utili per tutta l'umanità. Le madri dei bambini adhd, anch'esse consapevoli delle difficoltà dei propri figli, li concepiscono come malati, affetti da un disturbo che necessita cure, non certo dotati di talento ma di una sindrome che li affligge.

Un medesimo comportamento, la stessa espressione caratteriale ed emotiva in un bambino può quindi sfociare in modalità gestionali radicalmente diverse, a seconda delle "filosofia" seguita.

Il punto che credo sia fondamentale è che a prescindere da quale sia la realtà del problema nel bambino, ovvero che sia Indaco o affetto da adhd, gli occhi con cui viene osservato e gli atteggiamenti attraverso i quali verrà trattato avranno un impatto fondamentale sul decorso e sullo sviluppo della sua personalità. Le prescrizioni e i suggerimenti indicati dai manuali per la gestione dei bambini Indaco probabilmente offrono risposte valide ed efficaci anche per i bambini adhd, a prescindere dal fatto che esulino totalmente dal mondo medico. Inoltre entrambi gli approcci riconoscono nella scuola una mancanza di abilità nel preparare adeguatamente i bambini alla vita.

Anche durante l'intervista con Paola Giovetti, giornalista ed esperta in parapsicologia, ho potuto assistere ad una ambivalenza di prospettive: il credere nella teoria dei bambini Indaco o meno non è il punto importante, è importante che i bambini con le problematiche descritte fino ad ora siano trattati per il loro potenziale positivo, cercando di migliorare i contesti in cui il bambino vive, agendo sul sistema scolastico e sulle strutture che dovrebbero accogliere i bambini nella loro complessità e problematicità. Paola Giovetti non esclude infatti una comprensione socio culturale del contesto in cui il bambino vive, fattori ambientali e culturali sfavorevoli che possano aver facilitato l'emergere di personalità complesse come quelle descritte dalla sindrome adhd. Al tempo stesso Paola afferma di essere aperta a teorie evoluzionistiche che si rivolgono ai bambini problematici come dotati, piuttosto che malati.

L'altro aspetto che emerge dal confronto con colloqui tra madri di bimbi indaco e madri di bambini adhd è che in entrambi i casi è il genitore che valuta e attribuisce lo status di malato o indaco al proprio figlio. Torniamo quindi al problema della non autonomia decisionale del soggetto bambino: che sia indaco o affetto dalla sindrome sta alla madre valutare e prendere una direzione in un senso o nell'altro. In entrambi i casi ho assistito a forti rivendicazioni da parte di madri che con certezza affermavano l'esistenza della sindrome e quindi rivendicavano la diagnosi e il trattamento farmacologico, e dall'altra parte madri che con la stessa forza e convinzione rivendicavano per il loro bambino lo status di Indaco e in quanto tali bisognosi di particolari attenzioni e risorse.

L'altro fenomeno comune a i due approcci è l'autodiagnosi in età adulta. Come abbiamo già visto gli adulti che rivendicano di essere stati bambini adhd non trattati durante l'infanzia stanno aumentando, al tempo stesso assistiamo al fenomeno di molti adulti che sostengono di essere stati bambini indaco incompresi. In

entrambi i casi lo status di adulto permette agli individui problematici di scegliere la propria condizione di malati o dotati incompresi e agire di conseguenza. Possibilità evidentemente preclusa ai bambini.

Disagio individuale come riflesso di un problema culturale

La crisi della scuola scaturisce, secondo l'analisi di Longo (2005), da tre fattori principali, riconducibili allo sviluppo della tecnologia: Il divario generazionale tra insegnanti e studenti è l'espressione di un divario di organizzazione cerebrale dovuto a diverse esperienze neonatali e infantili, per le quali risulta ardua la comunicazione e la comprensione tra alunni e docenti. Inoltre da unico luogo protetto di trasmissione del sapere, la scuola subisce sempre di più la concorrenza di altre fonti di conoscenza, diffuse e informali, ma potenti quali internet, la televisione, che operano in maniera più accattivante, più adattabile nei ritmi e nei tempi delle esigenze dei bambini. Inoltre ci sono i rapporti tra la scuola e il resto della società, la nostra epoca è dominata dall'economia e dal mercato, della competizione e della performance: un curriculum scolastico non brillante innesca nei genitori dinamiche di ansia e aspettative deluse che possono portare a scelte anche radicali.

Individuando le cause del problema adhd in queste dinamiche processuali che emergono più dal contesto sociale e ambientale che dalle strutture biologiche, possiamo quindi ipotizzare che ciò di cui si stia discutendo, la sindrome adhd, sembri essere la manifestazione di alcuni casi destinati ad aumentare, essendo il fenomeno radicato nelle modalità di vita in cui tutti noi siamo immersi. Giungiamo quindi alla metafora dei canarini nelle miniere di carbone (Armstrong 2006).

Una delle posizioni avanzate da coloro che rifiutano la categoria diagnostica adhd è che i bambini adhd in realtà non siano che la risposta alle caratteristiche della società in cui viviamo attualmente. Secondo Armstrong e altri studiosi i bambini affetti da adhd incarnerebbero i primi segnali di instabilità culturale e sociale. Per spiegare questo evento Armstrong prende come riferimento un esempio molto evocativo, i canarini delle miniere di carbone utilizzati come sistema di allarme in caso di emissione di gas nocivi per gli operai. Dalla morte del canarino i lavoratori sapevano di avere giusto il tempo di uscire il più rapidamente possibile dalla miniera, salvandosi grazie alla maggiore sensibilità al gas del volatile. Parallelamente i bambini adhd sarebbero i soggetti più sensibili i cui sintomi manifestati di iperattività, distrazione e impulsività rappresentano la risposta naturale alle attuali condizioni socio ambientali. Secondo gli scettici verso l'esistenza della sindrome infatti dovremmo considerare questi sintomi non in quanto parte di una particolare disfunzione diagnosticabile e insita nell'individualità del bambino. Al contrario dovremmo leggere questi sintomi nei termini di una più vasta disfunzione riguardante non alcuni individui ma l'intero sistema culturale. Il problema più che nell'organismo di qualche individuo avrebbe origine all'esterno, tra le strutture e i processi in cui viviamo.

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito ad una crescita esponenziale della frequenza di stimoli provenienti da televisione e altre risorse culturali quali internet, videogiochi, pubblicità arte. Anche la programmazione televisiva di soli 10 anni fa seguiva ritmi molto più lenti e ad oggi giudicabili noiosi. È noto ai realizzatori di programmi televisivi quanto sia fondamentale mantenere una frequenza di cambio di stimolo elevatissima: stacchi di scena, cambi di inquadrature, conversazioni e presentazioni rapide, il tutto perchè appena il ritmo rallenta l'attenzione cala drasticamente. Oltre al contesto televisivo anche internet risulta essere l'emblema della stimolazione ad alta frequenza: il passaggio da uno stimolo all'altro è oltretutto libero al contrario di televisione e lezione scolastica, quindi ancora di più l'utente si trova libero di scegliere gli stimoli che desidera con ritmi veloci come i suoi pensieri. I bambini etichettati adhd potrebbero essere neurologicamente più sensibili della media ad una stimolazione così intensa e veloce e diventare i primi a non reggere i ritmi di una società che anche nei luoghi comune si definisce troppo frenetica e stressante. I bambini adhd potrebbero quindi essere interpretati con una sorta di biofeedback culturale. E quindi potremmo dedicare parte delle energie e risorse della ricerca anche ad analisi di società in cui questi alti ritmi e stimolazioni non sono ancora stati raggiunti. Le attenzioni come abbiamo accennato nel terzo capitolo sembrano essere indirizzate tra gli emisferi cerebrali dei bambini problematici mentre si potrebbe investire un po' più di attenzione all'esterno, con modalità di comprensione che sfruttino tendenze più sociologiche e antropologiche. Servirebbero menti multidisciplinari che parlino dei bambini iperattivi in termini più ampi che solo prettamente organici e disfunzionali o che accusino esclusivamente televisione e videogiochi. Soprattutto perché entrambi i fenomeni confluiscono nella formazione dell'individuo bambino.

Per curiosità e scrupolo ho chiesto anche l'opinione degli insegnanti che si sono occupati anche della mia istruzione elementare e le osservazioni erano sempre orientate verso l'educazione impostata dal nucleo familiare: la famiglia è inevitabilmente uno dei primi fattori sottoposti a critica nel caso di bambini problematici. Oggi in particolare, non è tanto quella particolare famiglia con quel particolare bambino ad essere posta sotto critica, ma sembra ci sia un diffuso e generale problema di organizzazione del gruppo

famigliare, condizione radicalmente differente rispetto alle generazioni passate. Citando il dottor Rigon, "Coorti di nuovi nati sempre più ristrette significano probabilità crescenti per i bambini di crescere senza fratelli/sorelle e senza cugini, ossia di crescere privi di reti parentali orizzontali, mentre le reti verticali (nonni e bisnonni) si spezzano più facilmente, si complicano per via delle separazioni e dei divorzi, diventano più onerose da sostenere." (Relazione Biennale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Istituto Innocenti 2006. Relazione Sinpia Rigon)

Dello stesso parere è il Dott. Guidi, pediatra di Bologna e profondo conoscitore della sindrome, che ritiene che la sindrome adhd non sia una patologia vera e propria ma un modo per descrivere una situazione attuale problematica che coinvolge in particolare il sistema educativo familiare.

Secondo la maggior parte degli insegnanti e dei dottori intervistati sembra infatti innegabile una crisi delle strutture familiari. Le difficoltà maggiori riguardano i tempi e le attenzioni dedicati ai figli, sempre più ridotti per via del lavoro, l'autorità espressa dalle figure genitoriali, radicalmente mutate rispetto anche solo alla generazione precedente. A ciò si aggiungono gli impulsi culturali a cui sono sottoposti attualmente i bambini.

Seguendo sempre un'analisi socio culturale, interessanti sono state le riflessioni di Giampiero Varetti, psicologo psicoterapeuta bolognese, conoscitore profondo della sindrome adhd. "Essere bambini oggi comporta un impegno non indifferente. I bambini delle ultime generazioni presentano caratteristiche molto diverse dalle generazioni passate. Non tanto per una sorta di mutazione genetica, anche se secondo le teorie evoluzioniste comunque è perennemente in atto; nemmeno del tutto per il salto generazionale di fatto esistente e certamente influente; c'è chi li chiama "indaco", o chi ancora attribuisce la causa a inquinamenti atmosferici ed elettromagnetici. Intanto comincio col rilevare che le ultime generazioni sono cresciute con un massiccio apporto di televisione. L'educazione del linguaggio televisivo è una vera rivoluzione mondiale soprattutto negli ultimi anni. Si tratta di una comunicazione prevalentemente visiva, per immagini, che, al contrario di quella più uditiva e legata alla parola scritta o letta del passato, è molto più ricca di informazione e veloce, ma anche molto meno immaginativa. Pensiamo ora al fatto che i tempi della vita seguono le stagioni, i mesi, la lenta trasformazione della natura, dei cicli lunari e solari. Come si conciliano questi con il linguaggio della pubblicità o dei videoclip che in 30 secondi ti raccontano una storia intera? Parlo con mamme che accompagnano i figli a vedere cartoni animati come "Madagascar" e mi dicono che escono frastornate dal ritmo frenetico delle battute, ma i bimbi no, per loro è "normale". A scuola li definiscono, quando non li diagnosticano, bambini iperattivi, disattenti, che si distraggono facilmente. Come può integrarsi il ritmo della scuola, della vita, delle relazioni, con quello della vita - spettacolo televisivo?

Aggiungiamo a tutto ciò playstation, dvd, videocassette, cellulari, gameboy, bi bit, Psp, computer, video game ed avremo un'idea del contesto tecnologico in cui interagisce il bambino.

A oltre trent'anni dall'arrivo del divorzio in Italia, si possono incontrare frequentemente oggi le cosiddette famiglie "ricostituite". La psicologa Tilde Giani Gallino le chiama cespugli genealogici perché si sviluppano in orizzontale anziché in verticale come gli antichi alberi genealogici. Ci sono i nuovi partner, quando ci sono, raddoppiano i nonni, si moltiplicano gli zii, i cugini, cognati e cognate. Non ci sono nemmeno parole per definire i rapporti tra queste persone, figuriamoci quale chiarezza può albergare nella mente di un bimbo che si trova a vivere tali condizioni! Poi ci sono i separati in casa, dove spesso l'indifferenza lascia segni più di "sani" conflitti. Ci sono famiglie dove il livello di litigi e conflitti supera ogni immaginazione. E poi tutti devono andare a lavorare oggi. Tutti, se no non si sopravvive. E i figli? Chi li bada? Nonni, babysitter, doposcuola? Nel bene o nel male le famiglie non sono più quelle di una volta, quelle che sono state per secoli addietro. Ora non sono più le stesse. C'è molta insicurezza e instabilità lavorativa, la chiamano flessibilità, c'è precarietà, una globale precarietà...".

Nel mese di novembre dello scorso anno ho avuto l'opportunità di partecipare al congresso "Comportamento, crisi, integrazione e genitorialità oggi", tenuto a Bologna dalla Sinpia (società italiana dell'infanzia e dell'adolescenza). In quest'occasione l'antropologo Tullio Seppilli è stato invitato a fornire un'opinione sul problema dell'adhd e in generale dell'ingestibilità dei bambini oggi. Anche Seppilli richiama mutamenti culturali radicali in atto negli ultimi anni a proposito del concetto di cultura come semplificatore sociale. "La cultura ci dà integrazione culturale, ovvero identità, coesione e sicurezza: se si è d'accordo sulla stessa cultura si è d'accordo su quasi tutto, le risposte sono già previste e la difficoltà sta solo nei casi di novità in cui bisogna fare ricorso alla creatività culturale. Quello che sta succedendo oggi è che quel patrimonio che ci dà identità, sicurezza, ci rende simili all'altro, che consente un regolare rapporto tra le generazioni poiché entro un certo numero di valori crea omogeneità è andato in crisi per un fatto senza precedenti. Per il fatto che il cambiamento sociale è, per una serie di ragioni enormemente più rapido di quanto è avvenuto normalmente nel corso della storia. E' un fatto nuovo che interessa la psichiatria, le scienze sociali. In sostanza l'aver introiettato la cultura per millenni ci consentiva di risolvere i nostri problemi quotidiani, completamente e per tutta la vita. La rapidità del cambiamento sociale è tale per cui la cultura che noi introiettiamo dopo 20 anni è obsoleta. Questo è un fatto nuovo nella storia, ci sono state epoche di cambiamento rapido ma non era ancora successo che stabilmente l'aver introiettato una cultura diventi

obsoleto prima della fine della generazione”. Seppilli chiama in causa l'accelerazione del mutamento culturale e sociale, che necessariamente rende difficoltosa e contraddittoria la vita dei più giovani: un giovane che riceve un'educazione da parte delle generazioni precedenti basata sull'ideale del risparmio si trova in una società che esalta l'ideale del consumo, almeno in quella occidentale. Per non parlare delle fonti di autorità che se pochi anni fa potevano essere poche e indiscutibili come l'autorità paterna, l'autorità scolastica e la chiesa, ad oggi tra internet, televisioni e meccanismi di controllo educativi sono radicalmente cambiati e meno controllabili.

Anche Galimberti nel suo ultimo libro parla di crisi più culturale che psicologica ed individuale nel rapportarsi al disagio e alle difficoltà dei giovani: “...se l'uomo come dice Goethe, è un essere volto alla costruzione di senso, nel deserto dell'insensatezza che l'atmosfera nichilista del nostro tempo diffonde il disagio non è più psicologico ma culturale. E allora è sulla cultura collettiva e non sulla sofferenza individuale che bisogna agire, perché questa sofferenza non è la causa, ma la conseguenza di un'implosione culturale di cui i giovani, parcheggiati nelle scuole, nelle università, nei master, nel precariato, sono le prime vittime... Se il disagio giovanile non ha origine psicologica ma culturale, inefficaci appaiono i rimedi elaborati dalla nostra cultura, sia nella versione religiosa perché Dio è davvero morto, sia nella versione illuminista perché non sembra che la ragione sia oggi il regolatore dei rapporti tra gli uomini, se non in quella formula ridotta della “ragione strumentale” che garantisce il progresso tecnico, ma non un ampliamento dell'orizzonte di senso per la latitanza del pensiero e l'aridità del sentimento.” Quindi la crisi non del singolo ma il riflesso nel singolo della crisi della società, e in tutto questo un sistema scolastico inadeguato nel fornire educazione emotiva, sostegno per l'autoaccettazione e l'autostima. Il problema della disattenzione per Galimberti è indissolubilmente legato alla volontà e all'interesse “la volontà non esiste al di fuori dell'interesse, l'interesse non esiste separato da un legame emotivo”. Se persino le teorie di stampo più biomedico, neurocognitive sono arrivate a descrivere la sindrome adhd in termini motivazionali, a partire dagli anni 70 con gli studi di Virginia Douglas, allora una critica dell'offerta educativa scolastica sembra necessaria. “causa prima di devianza, rispetto a tutte le “cause seconde” che la sociologia vede alla base del disagio giovanile, la scuola si offre con quel volto irresponsabile di chi si tiene fuori dai problemi connessi ai processi di crescita e limitando consapevolmente il suo spazio operativo, manifesta quella falsa innocenza che l'oggettività del trattamento (profitto-giudizio) è sempre disposta a chi non si prende cura della soggettività dei giovani, perché mettervi le mani non garantisce di poterle tirare fuori davvero pulite e disinfettate”.

Nonostante la non assoluta concretezza delle categorie mediche come l'adhd il punto interessante è approfondire come si va ad organizzare il sistema educativo coinvolto in questa nuova situazione. Gli insegnanti ad oggi possono accettare o meno il fatto che un bambino non abbia bisogno di strategie educative particolari bensì di cure mediche.

Quando gli insegnanti, in tutta la loro buona fede, suggeriscono ai genitori del bambino problematico di rivolgersi alle asl del territorio per verificare l'esistenza di una patologia come quella dell'adhd non si può nascondere la sensazione che qualcosa che dovrebbe essere gestito dal complesso educativo, formativo, familiare stia passando come con il gioco dello scarica barile ad un'altra istituzione, probabilmente per mancanza di energie e risorse.

Ma anche perché il prendersi in carico il bambino problematico e le sue difficoltà implicherebbe caricarsi sulle spalle anche tutti quegli aspetti del contesto in cui egli vive che non funzionano. La portata di questa nuova possibilità richiede senza dubbio ulteriori ricerche.

Per ora si può dire che le previsioni sull'avanzare del sistema medico in campi ad esso estranei si stanno rivelando corrette; anche in piccolo abbiamo visto come un minuto gruppo di genitori, con il consenso degli insegnanti, abbia portato all'interno delle classi una categoria medica, senza peraltro l'intervento di alcun professionista medico.

La medicalizzazione sembra compiere i più grandi dei suoi passi senza avere bisogno del contributo dei medici stessi.

Conclusioni

Con il presente studio abbiamo visto come l'odierno dibattito attorno alla sindrome adhd è sostenuto e portato avanti da una pluralità di attori sociali differenti anche al di fuori della professione medica: medici, psicologi, genitori, educatori, giornalisti, tutti sembrano aver sviluppato una conoscenza "clinica" del disturbo e, considerando la varietà e quantità di pubblicazioni sull'argomento e loro accessibilità, si presentano come attori sociali informati e preparati sulle caratteristiche di questa sindrome. Seguendo le tappe principali della storia di questo disturbo abbiamo visto come la sindrome adhd non abbia avuto un decorso lineare costellato da acquisizioni di certezze. Ancora oggi, la variabilità riscontrabili nella prevalenza, nell'eziologia e nei criteri diagnostici, pongono questa sindrome al centro di un acceso dibattito. Dibattito che in Italia in particolare trova espressione differente rispetto ad altri paesi in cui il fenomeno adhd è già da anni presente e conosciuto. Con il Caso Bologna abbiamo scoperto come ancora vasta parte dei professionisti medici ed educatori non abbia una conoscenza approfondita della sindrome. Si è visto come muovendoci anche solo da una città all'altra della penisola le direttive mediche in ambito diagnostico e terapeutico si differenzino fortemente. Abbiamo approfondito le teorie alla base dei processi decisionali di educatori, medici e psicologi coinvolti dal problema adhd: la tradizione neurobiologica contro quella psicodinamica, quest'ultima più forte in Italia rispetto ad altri paesi e particolarmente influente a Bologna, il problema della devianza e della sua medicalizzazione, soprattutto nel contesto scolastico ed educativo. Abbiamo mostrato come sia sempre valido il problema del gap esplicativo delle neuroscienze e il primato della prova organica per la rivendicazione ontologica della patologia. E' emerso in questo studio su piccola scala quante siano varieguate le parti sociali coinvolte nel Caso Bologna e in generale nella gestione del problema adhd in Italia: come tutte queste parti contribuiscano ad arricchire di complessità e punti di vista l'accettazione e la gestione di questa categoria medica nella nostra penisola. Citando Peter Conrad "la medicalizzazione è solitamente il prodotto di un'azione collettiva piuttosto che il frutto di un imperialismo medico"(Conrad 1992). E proprio indagando le dinamiche relative al Caso Bologna si scopre come la diffusione della categoria medica ADHD e del relativo trattamento farmacologico sia portata avanti da diversi attori sociali, non esclusivamente appartenenti al mondo biomedico o farmaceutico, tra i quali genitori ed educatori i quali, pur muovendosi in direzioni opposte e con rivendicazioni differenti, offrono comunque gran parte delle energie per la diffusione della popolarità della sindrome. La medicalizzazione sembra compiere i più grandi dei suoi passi senza avere bisogno del contributo dei medici stessi. Abbiamo visto come rivendicando il medesimo obiettivo dichiarato "la salute del bambino" si siano mobilitati schieramenti in opposizione tra loro, come quindi il concetto di salute e malattia sia tutt'altro che oggettivo, bensì emergente da credenze, convinzioni, teorie tutt'altro che assolute. I medici intervistati hanno dimostrato una profonda consapevolezza dei processi di medicalizzazione in corso, lasciando palesare una grande apertura ad approcci di stampo più sociologico e antropologico per la comprensione del problema adhd e della sua gestione. I genitori intervistati hanno mantenuto come primario interesse e motivazione all'azione la salute del figlio, rivendicando la realtà di patologia e il diritto al trattamento. Importante è stato il fenomeno dell'associazionismo delle famiglie italiane per la riammissione del farmaco per il trattamento del disturbo e per i vari movimenti di sensibilizzazione sia pro che contro la diagnosi e il trattamento farmacologico. Possiamo quindi concludere che lo studio delle differenti realtà locali in relazione a categorie diagnostiche come l'adhd è importante per la comprensione di problematiche aventi forte impatto su scala globale; una maggiore e profonda osservazione degli eventi locali, anche i più circoscritti, offre una prospettiva più consapevole sulla comprensione delle dinamiche relazionali esistenti tra teorie e persone immerse nelle peculiarità di contesti culturali distintivi.