



E' necessario sollecitare l'attenzione delle agenzie regolatorie estere sull'efficacia del "modello italiano" del Registro Adhd, che sta garantendo tassi di prevalenza del fenomeno Adhd - con particolare riguardo alla somministrazione di psicofarmaci. "Sono moderatamente soddisfatto - ha dichiarato Poma - ovvero sarò più che soddisfatto nel momento in cui tutti i punti analizzati nell'agenda della riunione all'ISS verranno esitati positivamente nell'interesse dei piccoli pazienti. Il clima è comunque stato collaborativo, e questo fa ben sperare. Per quanto riguarda i bambini etichettati "Adhd" ma non iscritti sul registro per il trattamento a base di Ritalin e Strattera, rischiano di rappresentare una specie di 'sommerso': sono in carico comunque alla neuropsichiatria infantile? Siamo sicuri che non assumano nessun'altro tipo di psicofarmaco? Il fatto che non assumano Ritalin o Strattera di per se non ci tranquillizza sulle modalità di presa in carico non farmacologica. Più in generale, restiamo contrari alla somministrazione di psicofarmaci ai bambini per curare quello che a nostro avviso è un disagio del comportamento, che è l'espressione di problemi sicuramente reali e tali da mettere in seria difficoltà le famiglie e la scuola, ma secondo noi con radici ben più profonde, e non sbrigativamente liquidabili come 'una patologia organica da curare con una pillola'. Questi psicofarmaci infatti agiscono solo sui sintomi, e non 'curano' alcunchè, ma è un fatto tuttavia che in questo momento vengono somministrati nel nostro paese, seppure in aggiunta alla psicoterapia, e quindi dobbiamo dare il nostro fattivo contributo affinché i protocolli diagnostico-terapeutici siano interpretati nel senso più prudentiale e restrittivo possibile"

(Ripresa da un nostro comunicato stampa sul forum "Italiasalute.leonardo.it")

Scusate ma in questo documento non ci sono informazioni, è solo propaganda antipsichiatrica.

Si parte bene, e si finisce con i soliti luoghi comuni.

L'adhd non è una malattia ma un disagio (che direi è ancor meno definibile di malattia). Quindi disagio si può etichettare qualsiasi cosa, malattia è molto restrittivo.

L'idea è che comunque bollare una situazione come disagiata non implica niente, come malattia implica una terapia, che è vista come il demonio.

Ma non la terapia in generale, solo i farmaci, per puro pregiudizio. Perché i farmaci naturalmente rovinano il cervello, nell'assunto antipsichiatrico.

La psicoterapia è ammessa, e qui ogni serio psicoterapeuta dovrebbe offendersi, perché quasi ritenuta biologicamente innocua. La psicoterapia è un mezzo efficace e biologicamente attivo, quindi non c'è ragione di separarlo dalle altre forme di cura e di ammetterlo solo perché ritenuto "dolce".

"Una patologia organica da curare con una pillola" è un luogo comune, e non c'è niente di strano quando questo corrisponde a realtà. Molte patologie organiche si curano con una pillola, anche alcune psichiatriche. Altre con due pillole, altre con tre, altre con nessuna perché non ce ne sono disponibili, altre con terapie non chimiche, ma squisitamente biologiche anch'esse come la psicoterapia.

Gli psicofarmaci non agiscono sui sintomi, alcuni sì, altri no. Questa è pura disinformazione.

E' inutile concludere con un invito alla restrittività, che è auspicabilissimo in queste prime fasi, quando tanto dietro c'è un terreno di disinformazione e pregiudizio nei confronti dei malati mentali. Il più grave pregiudizio lesivo della dignità dei malati di malattie cerebrali è NEGARE la loro malattia a livello biologico, e condannarli ad una serie di interferenze e intromissioni inutili di tipo educativo.

*Tratto dalla rassegna stampa di www.giulemanidaibambini.org
Campagna sociale nazionale
contro gli abusi nella prescrizione
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*



Giù le mani dai bambini e dagli adulti da parte dell'antipsichiatria.

(commento del Dr. Pacini)

Scusate, ma nella risposta del dott. Pacini, non c'è informazione, bensì solo ed esclusivamente un abile mix di luoghi comuni ;) Per incominciare il brano in discussione è stato estratto da un ben più ampio comunicato stampa disponibile online, non è quindi possibile esprimere valutazioni obiettive esaminandolo fuori contesto. Detto ciò, rispondo nel merito punto per punto:

1) l'ADHD che piaccia o meno al dottore in questione non è una malattia perchè nessun marcatore biologico è mai stato individuato, nonostante i numerosissimi studi pubblicati. Se la scienza non è diventata un'opinione, possiamo quindi parlare solo di sindrome. Ciò non significa che non esistano problemi di comportamento nell'infanzia, ma ci suggerisce di applicare particolare prudenza nel rispetto del principio di precauzione;

2) una malattia non diventa tale perchè lo decide il dott. Pacini (per fortuna);

3) nessuno vede alcuna terapia "come il demonio", queste sono fandonie del dott. Pacini;

4) nessuno (parlo per il nostro comitato scientifico, perlomeno) ha atteggiamenti anti-psichiatrici, molti psichiatri e neuropsichiatri collaborano con il nostro comitato, quindi anche queste sono fandonie inventate dal dott. Pacini;

5) nessuno afferma che i farmaci di per se "rovinano il cervello", questa è una generalizzazione inventata dal dott. Pacini, non è presente in nessun nostro comunicato ufficiale, e anche personalmente non lo credo. Ci sono semplicemente farmaci con un pessimo rapporto rischio/beneficio in fascia pediatrica (p. es. paroxetina, atomoxetina, etc) ed è proprio contro l'uso disinvolto di queste molecole che facciamo informazione;

6) la psicoterapia non è affatto biologicamente innocua, questa è un'altra fandonia scientificamente inconsistente inventata dal dott. Pacini. Esistono non pochi studi che dimostrano l'effetto della psicoterapia sulla funzionalità e morfologia cerebrale. Semplicemente la psicoterapia dà risultati di medio-lungo periodo, ma stabili, mentre le molecole psicoattive danno risultati di più breve periodo, ma espongono anche a maggiori rischi. Al medico stabilire di volta in volta la strategia terapeutica migliore;

7) gli psicofarmaci in discussione sono solo sintomatici, ci sono fior di studi FDA e NIMH che lo dimostrano. Detto ciò, per questo uso sono funzionali (ancorchè non crediamo siano una "soluzione");

In conclusione, penso che la vera disinformazione sia quella di coloro che senza alcuna specializzazione vanno ad ingrossare il coro degli sponsor della soluzione farmacologica, annegando pochi concetti validi in un mare di scorrettezze e luoghi comuni

(risposta del nostro Portavoce Nazionale, Luca Poma)

Per quanto riguarda le questioni neurobiologiche si documenti meglio. Non so quale sia la sua formazione, ma forse non ha gli strumenti per comprendere appieno i dati, oppure non li conosce tutti. Le generalizzazioni di cui sopra sono contenute nella sua dichiarazione, che parte dall'adhd. Già la dizione psicofarmaci è inesistente in



psichiatria, è un concetto "propagandistico" oltre ad un inevitabile parola di uso comune.

Che la psicoterapia sia biologicamente innocua io non l'ho mai detto, ha completamente frainteso quel che affermo. Per inciso l'ha capovolto.

Lei usa il termine fandonie con un po' troppa disinvoltura.

Sponsor alla soluzione farmacologica....il luogo comune è suo.

(Pacini)

Ho la percezione che le cose si stiano un pò ridimensionando, dopo un primo post farlocco denso di accuse gratuite, non basate su evidenze di alcun tipo, e nel quale ci etichettava del tutto gratuitamente (e fuori luogo) come propagandisti di stampo antipsichiatrico. Magari sbaglio.

Riguardo alla psicoterapia, lei dice (quoto): "la psicoterapia è ammessa perchè quasi ritenuta biologicamente innoqua". Precisavo quindi che - com'è noto - non lo è affatto, ne noi l'abbiamo mai sostenuto (anzi, abbiamo sempre sostenuto il contrario, ovvero che abbia effetti strutturali sul cervello, ma lei accusa senza sapere, fa parte dello stile del suo primo post). Per il resto, sull'ADHD attendo di conoscere le sue di specializzazioni, dal momento che il nostro comitato scientifico è più che specializzato (www.giulemanidaibambini.org -> La Missione -> Comitato scientifico). Nel merito scientifico della questione, se vuole ribattere legga questo e ribatta nel merito, con citazioni circostanziate ed una bibliografia altrettanto seria: <http://www.giulemanidaibambini.org/doc/LetteraISSdefinitiva.pdf>

Buona navigazione

(Poma)

L'affermazione sulla psicoterapia era riferita al suo modo di presentarla, quando dice: *"ma è un fatto tuttavia che in questo momento vengono somministrati nel nostro paese, seppure in aggiunta alla psicoterapia,"*

"una specie di 'sommerso': sono in carico comunque alla neuropsichiatria infantile? Siamo sicuri che non assumano nessun'altro tipo di psicofarmaco? "

Nel primo punto è evidente che il fatto di fare una psicoterapia sia presentato come una specie di garanzia di non dannosità. Non vedo perché. Somministrare un farmaco da solo evidentemente è presentato come una posizione indifendibile a priori. Non vedo perché. Non vedo perché per giustificare una pratica prescrittiva di debba dire "ben inteso però con la psicoterapia", come se in questo risiedesse un qualche fattore di garanzia di serietà o efficacia di riferimento. Poi quale psicoterapia ?

Nel secondo si evince che non passa neanche in mente a chi scrive che i non registrati come soggetti a cui è prescritto il farmaco specifico potrebbero essere sottoposti a interventi educativi, o psicoterapici, o quant'altro". Si punta il dito solo su un presunto abuso di terapie psicofarmacologiche, eventuali altri interventi non sono neanche citati.

I punti di contatto tra la mia posizione e le mie conoscenze e quella da lei espressa sono sostanzialmente due:

- la possibilità di una diagnosi dai contorni incerti, che arriva a prendere tutto e niente, con la creazione di un mercato fittizio sul piano biologico



*- l'idea che il rapporto rischio-beneficio debba essere meglio valutato in età evolutiva
Detto questo, io non faccio coincidere l'abuso con il concetto di farmaco. Può essere un abuso anche l'omissione di una cura, o l'applicazione di interventi educativi o punitivi in presenza di una condizione biologicamente indipendente.*

Alla psichiatria si chiede ciò che alle altre discipline non si chiede e mai si è chiesto. In medicina ci sono decine di sindromi che non si sa se siano o meno malattie in senso stretto, e che pure si curano, con i metodi migliori che si conoscono, senza denigrarli perché siano sintomatici o curativi ma non completamente.

La cosa che trovo inaccettabile nelle sue risposte è questa presunzione che gli psichiatri dall'altra parte siano un gruppo teso ad applicare ciecamente l'ultimo articolo letto o l'ultimo opuscolo informativo di una multinazionale.

Concludo dicendo una cosa. Se lei pensa che io sia un pro-adhd, si sbaglia.

Ci tengo anch'io, dal mio punto di vista, a vederci chiaro in questioni come queste. Ma sono stanco di vedere ogni questione psichiatrica come la scusa per denigrare la psichiatria in generale, al servizio di una cultura già abbastanza antipsichiatrica.

Se lei pensa di non aver detto niente di offensivo o di non aver fatto generalizzazioni, vuol dire che pensa che dall'altra parte non ci sia nessuno che meriti rispetto, ma che siano tutti in malafede.

Lei parla di comitati scientifici, di bibliografie, e poi scrive di "psicofarmaci".

Io non credo che il documento da lei citato si esprime in quei termini.

(Pacini)

Vede Dottore, qui non si è iniziato parlando di pro-Adhd ed anti-Adhd (con questi termini tagliati con l'accetta banalizzo e semplifico, non me ne voglia), perchè io di questo suo ultimo intervento condivido buona parte. Qui si è incominciato con il piede sbagliato "attaccando" e generalizzando, riducendo 6 anni di battaglie e di produzione di documentazione divulgativa ma anche scientifica ad un comunicato stampa (anzi, neppure, ad una frazione di esso...) e lei come me sa come può essere intrinsecamente superficiale come strumento un com stampa. Detto ciò, noi ci misuriamo anche con pro-ADHD, tutti i giorni, e non in modo ideologico, perchè OGNI posizione ha il suo diritto di cittadinanza. Quindi, e concludo sul punto della forma, preferisco qualcuno che sia all'opposto delle mie posizioni nel merito ma che rispetta il mio diritto di esprimermi e non mi etichetta in modo strumentale, rispetto ad uno che ha anche dei punti di contatto con me ma imposta un post "d'attacco" come il suo primo post. Non si può sempre pensare che internet sia il "bar dello sport" e legittimi quindi a prendere a pesci in faccia chiunque. Detto ciò, e "limata" l'irritazione iniziale anche grazie a questo suo ultimo interessante intervento, torno sul merito: 1) è di tutta evidenza che il termine psicofarmaci sia divulgativo, dovremmo dire farmaci psicotropi, molecole psicoattive, cerebrofarmaci (cfr. Bertali ed altri) ecc ecc. Ma la gente li conosce come psicofarmaci, noi dobbiamo comunicare (con altri, possibilmente non solo tra noi, come amano fare alcuni specialisti) e ne il comunicato stampa in questione ne questo forum sono IN ALCUN MODO ambiti specialistici; 2) la nostra preoccupazione, palesata nel comunicato stampa, è che si stia creando una sacca di minori attualmente non trattati sul protocollo Adhd (oggi) ma pronti ad essere trattati domani. Ci sono specifiche strategie di marketing dei produttori al riguardo e non possiamo ignorarle. L'anomalia della neuropsichiatria italiana (in concorso a campagne di sensibilizzazione come quella che seguiamo noi) sta dando parecchio fastidio, i soldi in gioco sono molti, e (non facendo i cospirazionisti, ma solo

Tratto dalla rassegna stampa di www.giulemanidaibambini.org

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



i realisti smalziati) la partita non si chiuderà certamente con l'Adhd al palo all'1%, in Italia;

3) un'altra cosa che ci fa sorridere, per non dir peggio, e che mentre si approccia molto alla terapia farmacologica DA SOLA, mai o quasi mai si ha il coraggio di procedere con la psicoterapia DA SOLA. Anche questo volevamo mettere in evidenza: chissà come mai la maggioranza dei piccoli pazienti che sono in cura con psicoterapia e terapie cognitivo-comportamentali prendono ANCHE metilfenidato o atomoxetina. Non traggio conclusioni, le lascio trarre a lei, ci rifletta un pò... :)

4) non solo banalizzando, ma stra-banalizzando, preferisco la psicoterapia. Più lunghi i tempi di risposta, ma perlomeno posso fare marcia indietro e tarare diversamente l'intervento di seduta in seduta. E' meno invasiva. Non ha effetti collaterali di breve periodo. Va più alla radice del problema. Parte da un presupposto culturale profondamente differente, meno riduzionista: non voglio soffocare il sintomo, ma voglio capire cosa c'è che non va. La rimando a questa breve intervista, ad uno psicoterapeuta che è un ottimo specialista sul tema: http://www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_rassegnastampa__494.pdf

5) detto ciò, nulla è risolutivo e nessun approccio terapeutico dev'essere censurato a priori. E' chiaro che se il bambino minaccia di buttarsi dalla finestra o prende a forbiciate i compagni un intervento farmacologico è ovvio che ci stia, a discrezione del medico ovviamente. Solo non pretendiamo di "curare" solamente con quello, perchè abbiamo una lunga storia di bimbi in "cura" per anni con Strattera e che poi tornano punto e a capo non appena smettono la somministrazione. Per citare un neuropsichiatra infantile davvero capace, Enrico Nonnis, "innanzitutto noi specialisti (si riferisce ai suoi colleghi, ndr) dobbiamo fare un bagno di umiltà e ripartire dall'inizio: dalla consapevolezza che quando parliamo di cervelli in via di sviluppo la sola pastiglia non risolve nulla. Poi diamola anche, in scienza e coscienza sappiamo quando farlo, ma ripartiamo da questa consapevolezza"

6) molti miei amici sono psichiatri, per essere precisi alcuni tra i miei amici più cari, e non sono pochi gli psichiatri che collaborano con noi. Mai avuto quindi le posizioni che lei ci attribuisce. Sono frutto - non me ne voglia - di un suo "pre-concetto".
Un saluto,

(Poma)

Caro Poma,

mi fa piacere che si stia arrivando invece ad una discussione. Dunque, c'è un punto su cui sono d'accordo, molto, riguardo alla psicoterapia. Però le posso rispondere in qualche modo: la psicoterapia è, come la psicofarmacologia, trattata in un gran calderone, senza specificità, cosicché non si fa distinzione tra tecnica e tecnica. Direi che non ha neanche senso separare i metodi in base all'essere chimici o non chimici, tanto alla fine sono comunque biologici. Il farmaco può essere ridotto a componenti oggettive, con tutti i limiti: dose, durata etc, metabolismo etc, la psicoterapia meno. La maggior parte degli studi utilizza un controllo interno di conformità alla teoria ispiratrice per validare metodologicamente lo studio, il che non significa niente. Sono pochi che dosano, oggettivizzano e classificano gli interventi psicoterapici per studiarli statisticamente.

Sul fatto dello strattera come "dipendenza farmacologica" dissento, nel senso che può essere che le terapie migliori siano continuative perché di meglio non c'è. In psichiatria la maggior parte delle cure (prendiamo il disturbo bipolare) sono concepite



per essere di mantenimento, lentamente curative ma non a breve né medio termine, e senza un termine preciso a cui decidere che la situazione non richiede più l'apporto della terapia dall'esterno. Dire che i ragazzi che prendono strattera se lo sospendono tornano da capo può esser verissimo, il problema è che la sospensione è opportuna per verificare la necessità di proseguirlo, ma non vi è niente di strano che sia necessario proseguirlo per mantenere l'effetto. L'unico "ma" sta nello studio della tossicità a lungo termine. Ma il cambiamento di un destino naturale di un adhd vero è auspicabile con qualsiasi mezzo efficace. In questo le psicoterapie non differiscono, il mito della psicoterapia "che guarisce" contro il farmaco "che tampona" è fasullo, i regimi psicoterapici di efficacia provata non sono "una tantum", in genere sono periodici o di mantenimento almeno per il primo periodo.

Concordo che si debba essere critici. Molti psichiatri lo sono spontaneamente, mi ritengo parte di questa categoria. Mi fa piacere che esistano collaborazioni con associazioni di "difesa del malato". Ma quel "giù le mani" purtroppo è da molti colleghi percepito come rivolto alla categoria medica, e non al "sistema" che privilegia lo strumento di pronto uso sulla diagnosi non completamente definita per poterlo meglio commercializzare. C'è da dire che gli altri strumenti non tendono ad esprimersi in maniera ben giudicabile, e sono troppo paghi del loro piano teoretico, mi riferisco ad alcune scuole di psicoterapia.

Un rischio a mio avviso trascurato è quello della diagnosi "spuria", cioè delle diagnosi preimpostate da figure non mediche, genitori, insegnanti che indicano il caso da "attenzione" e quindi automaticamente creano un pregiudizio diagnostico, che i medici meno competenti e meno esperti assorbono, impostando la diagnosi su "però è stato segnalato come possibile adhd". Alcuni casi da me valutati e per così dire "respinti al mittente" avevano questo tipo di origine spuria. Idem per le autodiagnosi di adhd residuo che fioccano ultimamente ma di norma corrispondono a quadri di disturbo bipolare. I due disturbi peraltro sono in discreta continuità nel corso degli anni, e con questa evoluzione cambia anche la risposta ai farmaci specifici, o quantomeno è lecito avanzare l'ipotesi che ciò che il farmaco fa a 10 anni non lo faccia ugualmente a 15.

Respingo però il discorso sul mio preconcetto. La rete e la nostra cultura scritta sono pieni di antipsichiatria da salotto. I programmi televisivi per bocca di personaggi famosi arrivano ad affermare, più o meno esplicitamente che "la coca è un antidepressivo" e "gli antidepressivi sono una specie di coca". Mi creda, se il suo scritto iniziale era in buona fede Lei però deve accettare che a livello terminologico un medico come me possa percepirlo in maniera molto disturbante per alcuni singoli passaggi. E' un peccato se poi invece su altri siamo in sintonia. Probabilmente alcuni termini giornalmisticamente hanno un impatto neutro o non specifico, ma per un medico sono concetti "stretti" e precisi, e quindi hanno semantica totalmente diversa.

Auspico che collaboriamo in futuro. So che Lei ha partecipato mi pare a Torino ad una iniziativa sul tema adhd, potremo ripetere l'esperienza in altra area con la stessa associazione (cpi).

(Pacini)

Comprendo bene il discorso semantico: un medico parla "da medico" convinto che tutti debbano capire, un giornalista parla "da giornalista" nella speranza di farsi capire da tutti ed inevitabilmente crea distonie con alcuni. "Vizi" delle rispettive categorie :) Per Strattera è un pessimo farmaco (anche qui semplifico), vecchia molecola



antidepressiva mai autorizzata e quindi riciclata per l'Adhd (questo però il produttore si è "dimenticato" di dirlo...), epatossico, stimola idee suicidarie come se non peggio di paroxetina.

Mi permetto una precisazione sulla "cura": è ciò che porta ad un miglioramento (therapeía) o a una remissione dei sintomi. In quest'ottica, la psicoterapia ci porta a qualcosa, la molecola psicoattiva a nulla ed in più espone a rischi oramai noti. Capisco che in senso estensivo definiamo terapia anche solo quella che ci porta a meglio sopportare i sintomi, ma a nostro avviso in questo caso il rapporto tra benefici e rischi potenziali è davvero sfavorevole. Comunque il tutto è oggetto di dibattito, non pretendo certo io di avere la verità in tasca...

Per l'ipotesi di convegno, più che disponibile, siamo impegnati con 2 eventi al mese, mediamente, in giro per la penisola, la divulgazione fa parte del nostro DNA, aspetto volentieri idee e proposte sul territorio sul quale si sente più in "presa diretta". Sui dubbi finali (diagnosi spurie etc) ovviamente concordo al 100%. E mi permetta allora di "esagerare", perchè con 11 (undici) milioni di bambini nel mondo che ogni mattina ingoiano una pastiglia di "psicofarmaco", forse è proprio il caso di dire "....giù le mani dai bambini".

Un cordiale saluto,

Luca Poma

Continuo a mantenere la mia riserva decisa sul tema "psicofarmaci" e rischi. Dire che i farmaci spingono al suicidio è una mistificazione, come minimo l'interazione tra farmaco e substrato. Il rischio in questione è senz'altro un problema, insieme peraltro a quello di comportamenti con esito non fatale, come aggressività e altro. E i farmaci non sono "gli antidepressivi", è solo una delle categorie, non è il bagaglio principale di uno psichiatra da spargere senza senno ovunque.

Quindi perché la psicoterapia porta a qualcosa e il farmaco a nulla. No, questo non lo capisco proprio come concetto. La mia esperienza è contraria, non vi è differenza sostanziale. Questo le suggerirei però di reconsiderarlo non in alcune premesse "giuste", ma in alcuni punti "tecnici" essenziali per porgere l'informazione senza "scivoloni".

Esistono "psicofarmaci" che danno davvero l'impressione nel tempo di riportare indietro le dinamiche biologiche che sostengono i disturbi che fanno soffrire le persone, questo va anche ammesso insieme ai dubbi.

Così come esistono psicoterapie destruenti su specifici tipi di cervelli, perché in realtà non sono neanche terapie scientifiche, ma "trattamenti" senza alcuno sbocco curativo mai dimostrato.

Le case farmaceutiche hanno un po' una inerzia nel riciclare cose già in magazzino, però rivedrei criticamente la posizione sul suicidio. E' un problema di diagnosi, se la persona prende strattera e si agita, la diagnosi è dubbia. Lo stesso capita nelle depressioni: il rischio di suicidio iniziale è noto, non supera i benefici, ma è accentuato se trattasi di depressione bipolare. Vent'anni fa ci insegnavano che ogni tanto dopo l'antidepressivo era bene dare il litio o altri stabilizzatori per aggiustare il tiro in caso di sovraeccitazione, oggi ci insegnano il contrario, il litio da subito (o equivalente). Anni fa si pensava che il mantenimento con antidepressivi nella depressione ricorrente fosse preventivo delle ricadute, oggi sappiamo che può anche aumentarle e aggravarle nei casi di depressione bipolare. Questo sappiamo e insegniamo.



Lei pensi poi che una delle cure a maggior tasso di efficacia, non essendo "spendibile" in unità di guadagno (cioè pezzi da vendere) ed essendo magari non continuativa, ma episodica, è sottoutilizzata in maniera spaventosa, con grande danno dell'utenza e del sistema sanitario. Parlo del cosiddetto shock, invisibile ai più e mistificato bassamente in genere nelle presentazioni mediatiche, ma invece oggetto di discussione interessante quando si parla di "costi" e "benefici".

(Pacini)

Tutto da discutere, e molto appassionante. Per l'induzione suicidaria di Strattera, ed altri warning su atomoxetina, può leggere brevemente qui:
http://www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_news_375.pdf
http://www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_news__464.pdf
http://www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_pressrelease__116.pdf
http://www.giulemanidaibambini.org/stampa/glm_pressrelease__16.pdf

Specifico io stesso fin da subito che sono note stampa, però c'è di che riflettere. La stimolazione di idee suicidarie ormai è abbastanza assodata, è si parla di uso a normale disagio terapeutico, non di abuso. Anche in questo caso, un rischio da calcolare: non vuol dire non usarli, vuol dire sapere a cosa si può andare incontro. Ed in ogni caso in quest'ottica non vedo responsabilità del medico né problemi di diagnosi: è il prodotto che ha qualche problema, o meglio, che - a nostro avviso - la casa produttrice stessa dovrebbe sconsigliare su SNC in via di sviluppo. Ci aggiorniamo

Luca Poma