

CENTRO DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE MENTALE DEL CONSORZIO IPOGRIFO

“ CUM GRANO SALIS ” INCONTRO - DIBATTITO SUGLI PSICOFARMACI IN ETA' PEDIATRICA

*7 Dicembre 2007, 14:30
Sala Palazzo Tozzoni
Via Garibaldi n.18, Imola.*

- INIZIO DIBATTITO

Luca Poma: Però, non sono poche le domande e sono tra l'altro tutte pertinenti. Intanto grazie alla cooperativa che ci ha invitato, Ippogrifo, e al Comune di Imola. Sempre più enti locali stanno prendendo posizione su questo tema, ma in questo caso non è un ringraziamento formale ma sostanziale, perché da parte dell'Ente Pubblico questi sono a volte discorsi scomodi, difficili; evidentemente qui sul territorio c'è una particolare sensibilità.

Io sono un giornalista, mi chiamo Luca Poma e sono il portavoce di “Giù le mani dai bambini” che non è un'associazione ma è un consorzio di associazioni ed enti; ci sono undici università, Ordini dei medici, ecc. Sono centonovanta enti complessivamente che si sono riuniti in un comitato e che si occupano di farmacovigilanza nell'età pediatrica, quindi di vigilare che non si verifichino in Italia situazioni di abuso che si sono già realizzate altrove. Il mio intervento non vuole essere un'accusa alla psichiatria locale, anche perché, da quello che ho sentito, altro che punti di contatto! Fosse sempre così quando giriamo per l'Italia, saremmo molto più contenti. Il punto di vista che io vi do è il punto di vista nazionale. Intanto inizio col dire che non è stato modificato il principio attivo del farmaco, il metilfenidato passa dalla tabella stupefacenti alla tabella psicofarmaci per decreto, ma aveva senso non commercializzarlo in Italia quando si commercializzava in tutto il resto del mondo? Noi siamo critici per quanto riguarda l'utilizzo degli psicofarmaci nei bambini, però forse come capite non aveva molto senso: la gente se lo comprava all'estero, lo acquistava su internet o lo andava a comprare alla farmacia del Vaticano in Svizzera o a San Marino. La soluzione del vietare lo psicofarmaco evidentemente non portava da nessuna parte. Allora su che cosa si sposta il ragionamento? Sul come, ovvero i protocolli che regolano la somministrazione di questi prodotti ai bambini. Noi non abbiamo un approccio proibizionista, questo vorrei subito sfatarlo; per quanto ci riguarda, se un genitore completamente informato decide di somministrare lo psicofarmaco al proprio figlio è corretto che sia libero di farlo, è una scelta, lo fa in accordo con uno specialista ed è libero di farlo. Noi possiamo essere critici su questa soluzione ma è giusto che lui possa farlo. Allora qual è la principale arma “anti - abuso”? Cosa ci può portare ad evitare disinvoltura nella somministrazione di questi prodotti? Un genitore completamente informato da un lato, quindi la famiglia in grado di esprimere un consenso veramente informato sui pro e i contro, sulle soluzioni alternative allo psicofarmaco, che cos' ha da dire la scienza prima di somministrare anfetamina ad un bambino di sei anni; spesse volte, magari non da parte della NP locale ma altrove, sembra quasi che esista lo psicofarmaco come approccio scientifico e tutto il resto sono quattro chiacchiere inconcludenti tra terapeuta e paziente. Noi non diamo indicazioni terapeutiche, non è il nostro lavoro, noi non diciamo “Non prendere lo psicofarmaco ma vai dallo psicologo”, noi

rappresentiamo uno scenario che è complesso e cerchiamo di fornire le informazioni necessarie. Dicevo dei protocolli, dove si sta snodando gran parte del dialogo a livello nazionale. Ci sono due tavoli... perché uno non bastava... uno al Ministero della Salute e uno all' Istituto Superiore della Sanità dove stanno discutendo di questi protocolli. Questi protocolli iniziano ad essere discussi due mesi dopo l'approvazione, incredibile! Erano così perfetti che sono già in fase di discussione. Ci sono circa cento pagine, non redatte da noi, noi mettiamo in rete, principalmente in Italia ma anche in altri quattordici paesi, duecentocinquanta mila addetti ai lavori del settore salute che in qualche modo hanno redatto delle tesi scientifiche riguardo a questo tipo di approccio farmacologico. Quindi noi non siamo un movimento d'opinione, non scendiamo in piazza coi cartelli, ma argomentiamo scientificamente. Quindi c'è una parte della comunità scientifica che ha espresso delle riserve forti su questi protocolli; sono circa un centinaio di pagine molto circostanziate, non è una questione di opinioni, ma sono ricerche scientifiche che mettono in discussione questi protocolli. A nostro avviso l'Istituto Superiore della Sanità è piuttosto lento nell'esaminare e nel recepire questo tipo di osservazioni e di critica. Il protocollo può portare allo psicofarmaco... usando una metafora, il protocollo può essere o uno spioncino oppure un arco di trionfo: secondo noi in questo momento è troppo ampia la strada che porta sul farmaco. Prova ne sia che non è così vero che lo psicofarmaco, e nuovamente parlo di medie nazionali, sia l'ultima risorsa terapeutica. In Italia i numeri sono molto bassi, anche perché i centri li hanno aperti da poco. Stanno venendo aperti centoventidue centri per somministrare psicofarmaci ai bambini, ne hanno aperti attualmente poco più della metà, e quindi i numeri sono ancora ridotti. Fatti cento bambini comunque statisticamente in Italia etichettati ADHD (nдр: Sindrome da Iperattività e Deficit di Attenzione, i bambini eccessivamente agitati e distratti), ottantatre sono attualmente sullo psicofarmaco, quindi l'83% dei bambini presi in carico; questa è la statistica nazionale non nostra ma dell' Istituto Superiore della Sanità, conferenza stampa del 16 novembre di quest'anno a Roma. Quindi non è così vero, tranne alcune buone eccezioni come può essere quella qui locale del territorio, che lo psicofarmaco è l'ultima soluzione terapeutica. Ce lo dicono le statistiche. Si dirà, con la risposta pronta, "Noi prendiamo in carico solamente i casi veramente estremi" ma, al di là della guerra delle cifre che ci interessa poco, il problema, come si sottolineava prima, è più culturale. Cosa dice parte della comunità scientifica? "Non esiste l'ADHD", ma non come dicono certi estremisti "Non esiste l'iperattività, non esiste il disagio", cioè ignoriamo il fenomeno...questo sarebbe folle; il messaggio che si vuol far passare è invece che non esiste l'ADHD in quanto malattia organica, o comunque sia la comunità scientifica non è ancora concorde sul fatto che esista una malattia di origine organica che si chiama ADHD. Ci sono settecento pagine di ricerche scientifiche pubblicate che mettono in crisi quest'idea. Le prove di neuroimmagine fatte sul cervello dei bambini, ne erano stati fatti cinque di grandi studi negli Stati Uniti come neuroimaging, sono state tutte criticate e confutate dalla prima all'ultima per grave pregiudizio editoriale perché buona parte dei bambini testati erano già in cura con lo psicofarmaco e quindi non è assolutamente chiaro se queste variazioni registrate con le immagini nella struttura cerebrale dei bambini fossero dovute all'utilizzo della molecola del principio attivo che com'è noto altera lo sviluppo cerebrale o dal fatto che effettivamente la malattia generava una qualche variazione allo sviluppo. E in questo non vi do certezze, io sono un giornalista e il mio ruolo semmai è quello di generare dibattito, ma era per dirvi che la comunità scientifica è in pieno fermento. Questo vuol dire che non esistono bambini iperattivi? No, perché allora arriviamo all'eccesso opposto, cioè il bambino, banalizzo, che prende a forbiciate i compagni e si arrampica sulle tende "Ah, no, è normale, è solo un po' vivace". No, non è un po' vivace, ha un problema. Voglio dire: un discorso è la vivacità punto e basta, un discorso è un bambino con problemi del comportamento, con difficoltà nell'ambiente, un bambino che magari rischia di essere pericoloso per sé e per gli altri. Qual è allora la domanda da farci: che tipo di risposta noi diamo? E' lì che si gioca la grande partita. Posto che esiste un disagio, non possiamo ignorarlo e dobbiamo prenderlo in carico, che tipo di risposta diamo noi adulti a questo tipo di disagio? E qui ci sono due scuole di pensiero: chi ritiene che il farmaco o comunque la medicalizzazione del disagio sia una soluzione, noi non siamo tra essi, noi riteniamo che la medicalizzazione del disagio non sia una

soluzione. Dal punto di vista strettamente medico, vi faccio anche un altro esempio per farvi capire meglio, perché allora uno dice “Ma quest’iperattività da dove arriva, quest’agitazione, questo bambino problematico”; può essere l’ambiente e ci sono molte ricerche che discutono di questo, possono essere i rapporti sociali, possono essere centosettantotto patologie classificate come cliniche, mediche, pediatriche, vere patologie, che presentano l’iperattività come “sintomo”. Ed ecco il grande dibattito in ambito clinico: l’iperattività è un po’, per citare un referente italiano che ha studiato questi temi, come un “sintomo prezzemolo”, si è detto in un recente convegno nazionale al Campidoglio a Roma, cioè un sintomo che è presente in moltissime patologie. Prendere questo sintomo prezzemolo e metterlo sotto un’unica etichetta, “Ecco abbiamo creato l’ADHD”, è un problema sia dal punto di vista logico che scientifico, e ci riporta a quello che dice un grande pediatra americano, William B. Carey quando parla di “quick fix”, le soluzioni facili americane, le soluzioni facili per i problemi complessi. Lui dice: “Fate attenzione a non adottare in Italia i nostri sistemi americani delle soluzioni facili per i problemi complessi”. Faccio un esempio banalissimo: se c’è un eccesso di metalli pesanti nel sangue, questo genera iperattività, e allora che tipo di servizio io sto dando al bambino quando invece di tracciare il vero problema che sta alla base dell’iperattività, sedo il sintomo, stendo una coperta nera sul sintomo, quindi cancello il campanello di allarme che mi arriva dal bambino, e non solo, non sto neanche tracciando qual è il vero problema pediatrico e non lo sto neanche curando? I nostri specialisti dicono “Se questo è un eccesso di metalli pesanti nel sangue, continuerà ad averlo comunque, che prenda o non prenda il Ritalin, la differenza è che non vedo più l’iperattività e magari non gli sto neanche curando quello che è il vero problema che sta alla base”. Vi ho dato alcuni spunti, solo per riflettere. Il bambino è una complessità, non possiamo ridurlo chiaramente in un dibattito, se no facciamo come gli americani, ci facciamo prendere dalla “mania classificatoria”. Prima abbiamo detto qualcosa sulla guerra dei numeri; che sia un problema culturale solo americano io lo vorrei sfatare, e in questo mi pongo in cordiale contraddittorio con lo specialista dott. Rigon: le Nazioni Unite, quindi un organismo sovranazionale, l’International Narcotics Control Board, che è un organismo delle Nazioni Unite che vigila sulle sostanze psicoattive, parla di più 100% di vendite e di utilizzo negli ultimi anni di farmaci per l’iperattività nel mondo in cinquanta paesi, fra cui nove paesi europei tra i quali la Spagna, la Francia, la Germania e ovviamente l’Inghilterra ma lasciamola perdere perché ha una matrice anglosassone; abbiamo la Francia che sono i nostri cugini d’oltralpe e la Spagna che hanno matrici culturali identiche o comunque molto molto simili a quella italiana. Quindi, dal punto di vista culturale, non è solo un problema americano; sembra quasi che l’Europa tenda, uso un brutto termine, a “scimmiottare” gli Stati Uniti in certi casi. In Italia avremo il primato dell’unico paese al mondo in cui tutto si farà bene, in cui nessuno commetterà errori, l’unico paese dei cinquanta dove non si faranno sovrapprescrizioni, ecc? Noi abbiamo qualche dubbio, abbiamo qualche difficoltà ad attribuirci questa patente di perfezione, speriamo, perché la neuropsichiatria italiana ha una grande tradizione... Speriamo, ci misureremo. Ci sono dati non tranquillizzanti, perché non sono dati nostri, sono dati di conferenze stampa tenute da quelle associazioni che riuniscono i genitori favorevoli alla somministrazione dello psicofarmaco, e ripeto che è un loro diritto fare questo tipo di scelta, però sono dati loro divulgati in presenza dell’Istituto Superiore della Sanità, quelli che ci parlano di quarantamila bambini iperattivi nella sola regione Lombardia di cui diecimila da curare con lo psicofarmaco, diciassettemila in Campania e via discorrendo. Non sono dati nostri, non siamo noi che facciamo allarmismo, per essere chiari, anzi sono dati che noi abbiamo contestato dicendo “Ci mancherebbe, cos’è, un’epidemia di colera?”, eppure sono dati che sono usciti e non sono stati smentiti, a nostro avviso, con il vigore necessario dalle istituzioni sanitarie. Attualmente in Italia i dati ufficiali del Ministero della Salute, dopo alcuni anni in cui ci hanno raccontato che sarebbero circa cinquecentomila i bambini italiani che soffrirebbero di iperattività, attualmente la strategia di comunicazione è un po’ di minimizzare il dato dicendo “Interessa pochissimi bambini” quindi dovrebbero essere dati ufficiali del Ministero tra i novanta mila e i centosessanta mila bambini, cioè tra l’1 e il 2 % della popolazione pediatrica. Speriamo che non siano invece i cinquecentomila, ma fossero anche i centosessanta mila, quello che dico io è

interrogiamoci comunque sul tipo di risposte che possiamo dare. Concludo, e se c'è qualche domanda rispondo molto volentieri. Ci sono interessi delle case farmaceutiche, ma si fa un gran chiacchiere sul fatto che la pediatria dal punto di vista farmacologico non è così tanto interessante per le case farmaceutiche; a me non sembra, devo essere sincero. I farmaci per l'iperattività, lasciamo perdere la depressione, i disturbi del comportamento, ecc., sviluppano un giro d'affari di dodici miliardi di dollari all'anno, ovvero ventimila miliardi di vecchie lire, a livello internazionale. Se questo non è un interesse... Solo il Ritalin fa più di due miliardi di dollari di vendite, costa molto poco ma se ne vende tantissimo. Lo Strattera, l'altro psicofarmaco autorizzato in Italia, che secondo gli specialisti è molto più a rischio del Ritalin, cioè ha effetti iatrogeni e manifestazioni avverse ben più gravi del Ritalin perché è ad impatto tossico, comunque quest'altro farmaco se ne vende di meno ma costa molto di più, è carissimo. Quindi, o perché costa molto o perché costa poco ma se ne vende tanto, gli interessi ci sono eccome! Se una casa farmaceutica come Novartis arriva a pubblicare in Germania un libretto indirizzato ai bambini, a colori, in cui si spiega al bambino che è tollerabile assumere lo psicofarmaco con la famosa storia del polipetto che va male a scuola, i compagni non lo ascoltano più, i genitori non hanno più stima di lui, prende lo psicofarmaco e ci sono gli orologi con gli orari in cui deve prenderlo e improvvisamente torna ad andare bene a scuola, i compagni tornano a volergli bene, i genitori lo stimano di nuovo... questo è un libretto marchiato Novartis, e quando una casa farmaceutica arriva a fare quasi marketing diretto sui bambini vuol dire che gli interessi ci sono. Si è fatto accenno a questo discorso all'Istituto Superiore della Sanità, ma non siamo noi, è il Parlamento che lo sostiene. Il Parlamento ha messo sotto inchiesta l'Agenzia Italiana del Farmaco per potenziale conflitto d'interesse il 27 settembre del 2007, bisognerà vedere come va l'inchiesta. Il Parlamento e il Senato hanno richiesto con cinque distinte interrogazioni parlamentari urgenti di verificare eventuali conflitti d'interesse in seno all'Istituto Superiore della Sanità perché non si capisce perché questi protocolli che devono essere migliorati sono fermi da sei mesi, e non sono stati in qualche modo migliorati. Quindi non è una posizione nostra. Dico ancora questo: all'ISS, il 16 novembre di quest'anno si svolge una conferenza stampa a Roma in cui vengono presentati Ritalin e Strattera con toni assolutamente lusinghieri "prendetene quanto volete che fa solo bene", incidentalmente organizzata da una società di pubbliche relazioni che a livello internazionale ha tra i propri clienti Novartis ed Eli Lilly, che guarda caso sono i due produttori degli psicofarmaci di cui si stava discutendo quella mattina. Come può svolgersi un evento in qualche modo vicino ai produttori dentro ad un istituto pubblico di salute pubblica e patrocinato da un istituto pubblico? Questa è una polemica che noi abbiamo francamente sollevato. Alla faccia della mancanza eventuale di punti di contatto tra l'istituzione sanitaria e le multinazionali. Nel merito delle "soluzioni": sul nostro portale www.giulemanidaibambini.org l'accesso è gratuito per una scelta politica nel senso lato del termine, non si paga nulla neanche per scaricare i documenti e tanto meno ci si deve iscrivere, quindi potete andarci quanto volete. C'è anche una sezione videoclip con una serie di testimonianze. L'intervento del pedagogo mi ha fatto venire in mente che c'è anche un video che non vi faccio vedere oggi, ma lo potete scaricare anche voi, con la storia di una bambina etichettata ADHD, non dura più di una decina di minuti, e che cosa ha fatto l'equipe pedagogica in collaborazione con i medici? Lo scalaggio dei farmaci, far subentrare altri tipi di soluzioni, includerla nella classe e risolvere poi il suo problema. Attualmente va al liceo e devo dire che sta bene. Concludo: io non starei a puntare il dito sui genitori, sulle associazioni... alcuni ci hanno detto "Voi ce l'avete con i genitori che danno lo psicofarmaco ai bambini", tutte balle. Perché ci sono genitori disperati spesse volte, non è che ad un genitore faccia piacere somministrare uno psicofarmaco ad un bambino con leggerezza. E' chiaro che ci sono una serie di pressioni, che sono quelle del marketing, esistono anche senza puntare il dito contro le multinazionali alla cieca perché ci salvano anche la vita ad esempio con i farmaci contro il diabete, ma questo ci deve impedire quando sbagliano, per onestà intellettuale, di dirlo? Certamente no, però ci sono interessi di marketing, ci sono mode prescrittive, ci sono mode classificatore: sul DSM, fino a non più tardi del 1980, l'omosessualità era una patologia psichiatrica, e via discorrendo. Ci sono una serie di pressioni a cui siamo sottoposti e a cui sono sottoposti i genitori, bisogna essere onesti e

riconoscerlo, poi arrivano ad un certo punto allo psicofarmaco, per una serie di motivi e a volte per mancanza di risposte adeguate da parte di certi istituti sanitari e soprattutto in certe regioni d'Italia, perché hanno visitato come si diceva prima settecento specialisti e non hanno trovato una soluzione, perché sbattono la testa sul muro tutta la sera, perché non sanno più come gestire a scuola e in casa questi bambini, allora la pillola diventa in qualche modo la soluzione per risolvere, sedare, in qualche modo la situazione. Facciamo però attenzione: questi sono prodotti sintomatici, "curano" il sintomo, non intervengono sulle cause a monte: è affascinante l'idea di una pillola che ci risolva in qualche modo il problema, non cediamo a questa tentazione. Grazie.

INTERVENTI DAL PUBBLICO

Luca Poma: Io purtroppo ho un treno e devo scappare. C'è qualcuno che ha una domanda specifica che desidera porre a me come organizzazione?

(Domanda di **Margherita Ferri** sull'incidenza della pressione delle case farmaceutiche in Italia)

Risposta Luca Poma: In Italia il ruolo è esattamente quello che c'è in tutto il resto del mondo a livello di pressione, non si capirebbe mai perché dovrebbe essere differente. L'Italia è un mercato come tutti gli altri, né più né meno. Noi abbiamo una grande fortuna che non si può fare propaganda diretta di farmaci al pubblico però ci sono, non bisogna nasconderselo, molti modi surrettizi per fare propaganda di farmaci. Quando vediamo dei convegni organizzati e finanziati dai produttori in cui c'è un'assoluta assenza di dibattito... Oggi c'è stato dibattito civile, noi abbiamo le nostre posizioni e loro hanno le loro, parlo del tavolo di presidenza chiaramente. Mi facevano notare prima che questo è un caso forse unico in Italia, qui in Emilia Romagna trovate un manuale diagnostico, l'ICD-10, che è quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è ben più restrittivo di quello in uso negli Stati Uniti, il DSM-IV, che è un manuale di classificazione diagnostica di stampo privatistico, fatto dall'Associazione Psichiatrica Americana, ed è il più utilizzato in Italia: non è forse un caso se a Bologna sono solo due bambini in cura con lo psicofarmaco invece che duecento o duemila. Ma detto questo le pressioni delle case farmaceutiche in Italia sono le stesse che ci sono nel resto del mondo, nel senso che sono stati organizzati mi pare ventisette convegni quest'anno in assoluta assenza di contraddittorio, che sono convegni a livello regionale ed oltre in cui si sente un'unica campana che è quella della somministrazione e della medicalizzazione del disagio e non esiste la possibilità di intervenire in dibattito e quindi l'informazione ne esce viziata perché chi partecipa ad un evento informativo di questo genere sente un unico punto di vista. I produttori finanziano in maniera massiccia alcune università per svolgere ricerche su questi temi e incidentalmente in queste università lavorano alcuni professori ordinari che sono quelli maggiormente sponsor della soluzione farmacologica. Le ricerche che vengono finanziate dai produttori hanno una clausola di non divulgazione, per cui se gli esiti sono negativi, essendo la ricerca di proprietà del produttore, non vengono divulgati; lo Stato purtroppo ha sempre meno fondi per la ricerca indipendente e il 75% della ricerca mondiale è finanziato dai produttori e non più dalle istituzioni pubbliche, e questo rappresenta un problema. Insomma, il problema c'è, concludo però la risposta facendo un'osservazione: il grande problema culturale sono gli Stati Uniti. Per un ragione fin troppo banale, ci sono denari di mezzo: negli Stati Uniti, una scuola che ha bambini etichettati iperattivi riceve finanziamenti dal ministero della salute americano; lo psichiatra che ha in carico una certa quantità di bambini etichettati iperattivi riceve fondi in ragione di quanti bambini ha in carico, più bambini ha in carico e più sussidio dallo stato riceve. Quindi c'è inevitabilmente una tendenza all'ipermedicalizzazione che ha generato una corrente di approccio culturale che è

quella della sovradiagnosi. Da noi queste cose non esistono, però quando gran parte della psichiatria americana si orienta in una certa direzione, a livello proprio di matrice culturale, ecco che le sirene suadenti di un certo modo di approcciare il problema si fanno sentire inevitabilmente anche oltreoceano, quindi è certo che da noi non ci sono probabilmente quel tipo di interessi ma è altrettanto certo che spesso volte che molti specialisti dicono “Ma se lo fanno là oltreoceano perché non lo devo fare io?”. Questo è quanto, ci appelliamo al buon senso ed alla tradizione della neuropsichiatria italiana che forse ha una storia un po’ diversa rispetto a quella Statunitense.