

Attention Deficit with Hyperactivity Defect (ADHD): luci e ombre

Siamo due pediatri di Napoli, entrambi appartenenti al gruppo di lavoro sull'ADHD, rispettivamente Project manager del Progetto "Conoscere l'ADHD" e Segretario provinciale della FIMP di Napoli. Siamo reduci dall'aver partecipato al simposio sull'ADHD del 7 giugno 2001, a Villasimius (Cagliari), organizzato dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, unici pediatri in un folto gruppo di neuropsichiatri infantili. L'incontro è stato molto stimolante.

Il Professor Pfanner ha ricordato come gli italiani stiano facendo «una difficile rincorsa per allinearsi alle conoscenze internazionali». È ancora difficile, per molti, accettare che non tutto in psichiatria è psicologia. Ci piace proporre ai lettori di *Medico e Bambino* un brano del testo di Pancheri e Pfanner *Psicofarmacologia dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza*.

«Questo volume ha voluto essere un contributo al superamento di alcuni pregiudizi che hanno ostacolato o rallentato finora un'adeguata estensione delle conoscenze e delle esperienze della psicofarmacologia nel campo della psichiatria del bambino e dell'adulto. Il primo di questi pregiudizi considera i disturbi in età infantile come determinati da fattori di tipo psicologico, escludendo o minimizzando ogni componente di tipo biologico. Questo comporta come conseguenza che quei disturbi dovrebbero essere trattati esclusivamente con strumenti comunicativi e non con mezzi biologici. Oggi la contrapposizione tra biologismo e psicologismo non è più accettabile in psichiatria, e la terapia è vista come una modalità complessa di intervento, dove l'interazione comunicativa modifica il substrato biologico e dove l'intervento farmacologico influenza il comportamento e i vissuti con una continua interazione reciproca».

Crediamo che questa citazione si adatti perfettamente, da una parte, allo stato della moderna neuropsichiatria, dall'altro a quanto riteniamo si debba e si possa fare, se si vuole (e si deve volere) far qualcosa per i bambini con ADHD. Occorre infatti innescare un progetto multidisciplinare, in cui il pediatra deve conoscere la malattia, individuarla, saperla seguire negli anni; il neuropsichiatra deve saper porre la diagnosi di certezza, individuare la comorbidità, indirizzare il bambino verso una giusta terapia (farmacologica, psicologica, riabilitativa); lo psicologo deve saper organizzare sul territorio un lavoro di *Parent training*, di *Teacher training* e di training di autoregolazione per il bambino.

Far qualcosa è ineludibile. In Italia, co-

me negli Stati Uniti, un bambino ogni 25, 20 bambini per ogni pediatra di famiglia, è affetto da ADHD. Il 40% degli adulti continuerà a manifestarne i sintomi, con le conseguenti difficoltà sociali ed emozionali; il 30% avrà una più franca psicopatologia (tossicodipendenza, disturbi antisociali di personalità); solo il 30% potrà considerarsi in qualche modo guarito, anche se con un ritardo delle funzioni esecutive.

È questa interazione che la FIMP di Napoli, attraverso il suo gruppo di lavoro e il suo progetto, vuole promuovere.

Tra poco, in Italia, sarà disponibile, in prima fascia, il metilfenidato, il cui effetto "quasi magico" è documentato da sessant'anni di esperienza, da 1500 pubblicazioni su Med-line.

Ce ne ha parlato il dottor Zuddas, illustrandone anche il meccanismo d'azione sul re-uptake delle monoamine, in grado di correggere una trasmissione dopaminergica deficitaria, specie a livello dei lobi frontali e dei gangli della base.

Ma il farmaco non basta: come ha detto il giovanissimo psicologo di Trieste, dottor Marco Marzocchi, che ha riportato un'esperienza decennale del suo gruppo psicoeducativo per famiglie e insegnanti, occorre sensibilizzare menti e coscienze. È la prima cosa tra quelle che il nostro gruppo di lavoro si propone di fare.

Il dottor De Masi, dell'Istituto "Stella Maris" di Pisa, ci ha parlato della comorbidità (che può far parte dell'ADHD, simulare l'ADHD, o essere associata alla ADHD).

Il dottor Muglia ci ha parlato del principale gene candidato, che codifica per il recettore D4 per la dopamina (il 30% dei casi di ADHD è portatore di una variante del gene DRD4, che codifica per un "recettore più lungo", meno efficiente).

Il dottor Castellanos sulla base di numerosissimi studi di neuroimmagine ha portato, se ce ne fosse stato bisogno, un'ulteriore conferma della base biologica, anzi neuroanatomica di questa malattia "psichiatrica": una riduzione del 3-4% del volume sia del caudato che del cervello; una riduzione non dovuta (come qualcuno aveva insinuato) alla terapia farmacologica, perché è eguale nei soggetti trattati e in quelli non trattati.

In sostanza, abbiamo avuto della ADHD una lettura coerente e appassionante, al tempo steso clinica, genetica, anatomica, molecolare, relazionale, farmacoterapica, psicoterapica e sociale.

Noi, pediatri di famiglia, avremo il dovere, nei prossimi anni, di conoscere e di imparare a gestire, assieme ai neuropsichiatri e agli psicologi, una patologia che conosciamo oggi tanto poco da farci sentire fanalino di coda e terra di missione. Sarà impegno dei sindacati di categoria

stimolare il mondo scientifico e politico, per avviare un programma medico-sociale di gestione e salvaguardia della salute di una quota non trascurabile di bambini e di famiglie oggi abbandonati al loro destino.

Un grazie a chi ha contribuito, tramite Pediatria on line, alla petizione presso il Ministero della Sanità per la riammissione in commercio del metilfenidato, a chi nel mondo scientifico italiano si sta dedicando con attenzione all'ADHD, a chi a Napoli collabora con il nostro gruppo di lavoro, all'Assessorato Igiene e Sanità della Regione Sardegna, all'Università degli Studi di Cagliari, nelle figure dei professori Cianchetti e Zuddas, non solo per il loro lavoro clinico e scientifico ma anche per il bellissimo libretto divulgativo *Che cosa è l'ADHD*.

Auspichiamo che in tutte le Regioni si possa instaurare un proficuo dialogo tra Associazioni Culturali, Università, ASL, Assessorato della Sanità, Medicina di base e gruppi di lavoro su questo tema.

Raffaele d'Errico, Antonio Improta, Napoli
via e-mail

Qualche numero fa, nell'editoriale di aprile, abbiamo parlato dell'orgoglio con il quale la FIMP di Napoli si propone un rinnovamento, in qualche modo di se stessa e in qualche modo della società (progetto Itaca). Questo orgoglio riappare qui, quasi ostentato ("sarà impegno dei sindacati di categoria stimolare il mondo scientifico e politico per avviare un programma medico-sociale, eccetera") e tuttavia, si deve riconoscere, non inappropriatamente.

D'Errico e Improta, giustamente, non pretendono che il pediatra si impadronisca di una patologia che è pur sua, ma che non può gestire da solo; e doverosamente sottolineano la necessità di un lavoro interdisciplinare, attribuendo al pediatra i compiti del sospetto e della individuazione, della gestione collaborativa e, ancor prima, del lavoro politico di sensibilizzazione, di diffusione delle conoscenze e di attivazione di una rete di assistenza. Bisogna riconoscere che non si tratta di un orgoglio senza sostanza, e che il "movimento per la liberazione del metilfenidato" è cresciuto sul sito di Pediatria on line sulla spinta dei medici della FIMP napoletana.

È un passo importante e qualificante; ma non ci si può nascondere il rischio che altri si precipitino con inappropriato entusiasmo e con difetto di professionalità su questa breccia. È un orgoglio, anche di categoria, che bisognerà aver la maturità di saper gestire (come peraltro sinora è stato fatto).

F.P.