

SONO TUTTI FATTI NOSTRI

I fatti di Catania hanno scosso ma non sorpreso un'Italia abituata alle trasferte blindate delle truppe ultras, al loro vandalismo e alla loro violenza sui treni, tollerata, come si tollerava il morbillo, come una malattia "di crescita", non solo dalle forze dell'ordine, ma anche dal bilancio dello stato e dalla sensibilità cittadina. Solo che non si tratta di una malattia di crescita, ma di una malattia degenerativa; non immunizza, inquina, non rinforza, indebolisce.

Solo una settimana prima, un articolo di Citati, molto citato a sua volta, e ora anche da me, guardava all'Italia (ma non penso che sia solo l'Italia, queste malattie sono peggio dell'avaria) come a un Paese in cui si è smarrita l'idea stessa di autorità. È difficile, anche se banale (e forse anche un poco fascista, succede con l'età), non mettere tutto questo in relazione all'altra malattia nazionale, l'indulgenza. L'indulgenza verso l'alto, per il falso in bilancio come per l'evasione fiscale, per i costi dei lavori pubblici (gonfiati per pizzi e tangenti, fino a 3-4 volte rispetto ad altri Paesi), come per la concussione, per la corruzione, per la comprabilità e per la vendibilità delle persone e delle cose del mondo economico ma anche proprio legate all'indulgenza verso il basso, come l'uso sporco del telefonino nella scuola, il bullismo gaglioffo, l'irriverenza prepotente, la promozione obbligatoria. Basta leggere la Pagina Bianca di *Medico e Bambino*, oltre che le pagine dei giornali. O ancora più in basso, più sul piccolo, l'accettazione del capriccio infantile come di un diritto, dell'irriverenza contro il genitore, il certificato facile, l'assenza, dal lavoro come da scuola, sempre giustificata. Sto cercando di dire che il mondo dell'indulgenza, e dunque la radice della violenza, non è lontano da noi, sta nell'orto vicino, nella famiglia e nella scuola (e nella relazione ambigua famiglia-scuola-bambino), ma sta anche nel nostro orto, e nella relazione ambigua bambino-genitori-pediatra, per cui non c'è raffreddore del bambino, e nemmeno naso sano del lattante per cui non venga richiesta e concessa, anzi indicata, la soluzione fisiologica; non c'è colpo di tosse per cui non venga richiesto e concesso, anzi indicato, l'aerosolino con un pochino di cortisone, poco poco, così non fa male; non c'è linea di febbre per cui non sia richiesto e concesso, anzi indicato, il paracetamolo, ma anche, visto che c'è, perché no anche un po' di ibuprofene, due farmaci sono meglio di uno, salvo poi lamentarsi della insufficiente disponibilità ovvero dell'eccesso di richieste.

Non voglio dire, anche se un poco lo penso, che la mancanza del principio di autorità a tutti i livelli nasce e si consolida molto presto, nel mondo che ci compete (a noi pediatri); e che noi stessi non sappiamo affrontarlo con sufficiente autorità, con sufficiente autorevolezza, con sufficiente decisione, desiderosi di non deludere o di accontentare. E che forse noi potremmo, e dunque dovremmo, fare qualcosa, comportandoci con maggior rigore, e forse inducendolo per "contagio" nei nostri clienti-pazienti. Questo, che non faccio, sarebbe un discorso da un lato superficiale, da un altro lato ingeneroso, da un altro ancora presuntuoso, e specialmente, in ulti-

ma analisi, inutile (in verità mi riconosco in tutti e quattro questi aggettivi). Ma se si vuole riflettere su un aspetto così preoccupante della nostra società, non si può non prendere in considerazione, prima di ogni altro punto, il nostro coinvolgimento personale, e di categoria. Certo, questo non basta; ma altrettanto certamente individuarne le radici esclusivamente e sempre, fuori e lontano da noi, è deviante, almeno quanto pretendere di assumersene tutta la colpa.

Questa faccenda mi ricorda un po' quella degli elmetti per i motorini. Mi ricordo, e ricordo l'impegno speciale di Alessandro Ventura, sempre, giustamente concreto e antibuonista, della campagna che ha coinvolto *Medico e Bambino*, e con lui la Pediatria italiana, in favore di un provvedimento di legge, più efficace di qualunque perorazione, che ha salvato certamente molte più vite della vaccinazione antiemofilo. Un atto di autorità, quella autorità della cui assenza mi sto lamentando, ma anche una indicazione forte per tutti su cosa sia giusto e utile, in sostanza un atto educativo. Personalmente credo che su tanti degli aspetti menzionati, per la violenza e la corruzione negli stadi e come per il telefonino in classe, per il bullismo, per l'eccesso di tolleranza sulla resa e sul comportamento nella scuola, ci potrebbero essere dei provvedimenti presi dall'alto, dalla dirigenza sportiva e scolastica, ovvero dall'autorità ministeriale. Questi interventi forti potrebbero aiutare ciascuno di noi, pediatra o genitore o insegnante, a prendere delle posizioni rigorose, prima di tutto nei riguardi di se stessi, di cui, io credo, non la nostra gioventù, ma tutta la nostra società ho bisogno urgente. Se sfoglierete questo numero della rivista, troverete qua e là delle "parole rubate" dall'articolo di Citati. Ne prendo ora, per concludere, la parte centrale: *"Se oggi, in Italia, non esiste più autorità, esiste uno sterminato potere... Tutto è diventato potere: l'immagine televisiva, il libro che finge di non avere scopo, la musica ripetuta fino all'ossessione, il disco o il vestito amati dai ragazzi di quindici anni. Il potere non ha un volto riconoscibile: è anonimo, vuoto, indifferenziato"*. Io credo che ciascuno debba riprendere sulle proprie spalle il dovere che la società gli ha delegato, per aiutare la società a riprendere un potere su se stessa, a riprendere una propria e più umana identità.

Franco Panizon

DISTURBI MENTALI E FARMACI: IL CASO DELL'ADHD E DEGLI PSICOSTIMOLANTI

La preoccupazione a livello nazionale circa un potenziale abuso di psicofarmaci ai minori è motivata dai dati di prevalenza d'uso (3 minori ogni 1000, almeno 30.000 risultano in terapia con psicofarmaci, in particolare antidepressivi) e dalle novità del mercato. Infatti, sarà presto in farmacia il metilfenidato (*Ritalin* della Novartis) dopo che nel 1989 la ditta (allora era la Bayer) decise di sospenderne la commercializzazione. Una procedura iniziata il 16 ottobre 2000 con una petizione di alcuni pediatri di famiglia e neuropsichiatri infantili presentata all'allora Ministro Veronesi affinché si

Editoriali

adoperasse per rendere disponibile il farmaco. Il metilfenidato, uno psicostimolante che aumenta il rilascio e la ricaptazione della dopamina, rappresenta oggi il farmaco di scelta per il trattamento del disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD). Con l'immissione in commercio del metilfenidato coincide anche quella della atomoxetina (*Strattera* della Lilly), un inibitore selettivo della ricaptazione della noradrenalina.

Sebbene oggi ci sia un consenso nella comunità scientifica nel definire l'ADHD, ampia è invece la diversità nel valutare la gravità dei sintomi e nel giudicare la rilevanza clinica delle loro molteplici manifestazioni¹. Alla scelta del sistema diagnostico da utilizzare, che è condizionata anche da attitudini scientifico-culturali (ad esempio, in Europa si preferisce l'ICD-10, negli USA il DSM-IV), conseguono quindi differenze consistenti nell'iter complessivo diagnostico-terapeutico a cui il bambino può essere sottoposto.

Numerosi sono i potenziali fattori eziologici associati all'ADHD e, tra questi, quelli genetici, perinatali, psicosociali, ambientali, dietetici, strutturali, cerebrali e neurobiologici. È per questi ultimi tuttavia che sono disponibili oggi maggiori evidenze circa un loro ruolo nel caratterizzare le manifestazioni cliniche dell'ADHD. In particolare, a livello della corteccia frontale e dei nuclei della base, le cui funzioni sono modulate da dopamina, noradrenalina e serotonina, in pazienti con ADHD sono state dimostrate anomalie strutturali e funzionali del sistema dopaminergico. Il ruolo della dopamina supporta infatti le manifestazioni di scarsa attenzione e iperattività, come la serotonina l'impulsività, e un eccesso di noradrenalina le manifestazioni di aggressività. Esistono, infatti, numerose evidenze che farmaci in grado di modulare i sistemi dopaminergico e noradrenergico sono in grado di migliorare iperattività, impulsività e attenzione.

Sebbene l'ADHD sia ritenuto, a livello internazionale, uno dei più frequenti problemi comportamentali dell'età evolutiva, le stime della prevalenza variano considerevolmente (da 1% a 24%) a seconda del contesto geografico e sociale, dell'età e del sesso della popolazione osservata (è più frequente nei maschi che nelle femmine con un rapporto 5-9/1), dei criteri diagnostici utilizzati e dall'esperienza degli operatori. Indipendentemente dall'età di insorgenza, anche presunta, dell'ADHD il bambino arriva all'osservazione dello specialista solo in età scolare: sono proprio gli insegnanti che segnalano l'anomalo comportamento dell'alunno nel contesto scolastico. A casa e nelle relazioni familiari invece le difficoltà risultano meno evidenti, anche se non scompaiono del tutto. I sintomi sono quindi facilmente influenzati dall'ambiente in cui il bambino si trova. Non disponendo di misurazioni biologiche per l'ADHD, la diagnosi è basata su criteri clinici di valutazione dei sintomi comportamentali. Essendo questi ultimi una pleora, le difficoltà diagnostico-differenziali sono numerose, come pure differenti possono essere le valutazioni dei singoli operatori. A tale proposito sono stati stilati appositi protocolli diagnostici che prevedono, oltre alla visita medica e neurologica, all'esame psichico e alla valutazione delle capacità cognitive e di apprendimento del bambino, anche un'intervista strutturata ai genitori e agli insegnanti, ed even-

tualmente anche ad altri adulti con cui il bambino ha rapporti relazionali prolungati. In tale contesto, risulta quindi essenziale l'esperienza dell'operatore che si prende cura di un bambino con sospetto ADHD (vedi l'articolo di A. Scabar a pag. 128), proprio a partire dall'inquadramento diagnostico, che necessita di più di un incontro per essere correttamente effettuato².

Due sono le modalità terapeutiche per l'ADHD: comportamentale, con vari interventi psicosociali; farmacologica, con psicostimolanti. Le linee guida prevedono una terapia multimodale: inizialmente interventi psicosociali (modifiche comportamentali, terapia cognitiva, terapia di famiglia ecc.), con l'aggiunta (e non la sostituzione) della terapia farmacologica nei casi gravi o non responder alla sola terapia psicologica. Risulta tuttavia ampia la variabilità per quanto concerne la durata della terapia, l'osservazione, il tasso di efficacia e i criteri utilizzati per la sua stima.

Con l'introduzione sul mercato italiano del metilfenidato e della atomoxetina, per prevenirne un uso irrazionale, l'Agenzia Nazionale del Farmaco (AIFA) ha dato mandato all'Istituto Superiore di Sanità di istituire un "Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva" per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e della valutazione degli effetti avversi dei farmaci impiegati. Un comitato scientifico ha stilato un apposito protocollo diagnostico-terapeutico di riferimento (essenziale per iniziare la terapia farmacologica che sarà decisa da un neuropsichiatra infantile di uno dei centri di riferimento individuati dalle singole Regioni) che prevede l'interazione concordata e partecipata dei vari operatori sanitari, dei servizi territoriali, dei centri di riferimento regionali, dei genitori e degli insegnanti. La durata prevista per il Registro è di due anni; poi si vedrà. La finalità del Registro dell'ADHD è quella di garantire un approccio assistenziale omogeneo a livello nazionale e di prevenire l'abuso di prescrizioni di farmaci inappropriate³.

Nel 1979 Susan Sontag con *Malattia come metafora* evidenziò che per alcune condizioni morbose, in particolare quelle che per la loro complessità non conosciamo-controlliamo e che affrontiamo con percorsi diagnostico-terapeutici scarsamente basati sulle prove di efficacia, chi è coinvolto "proietta sulla malattia-disagio ciò che pensa del male" e "proietta sul mondo la malattia stessa". È forse questo che sta accadendo anche per i disturbi dell'età evolutiva e non sarà certo il solo psicofarmaco a prevenire e ancor meno a curare questa distorsione tra richiesta e offerta di aiuto di un bambino o adolescente e la sua famiglia.

Maurizio Bonati
Laboratorio per la Salute Materno-Infantile
IRFMM, Milano

Bibliografia

1. AAVV. Neuropsichiatria quotidiana per il pediatra di famiglia (Focus). *Medico e Bambino* 2003; 22(1):15-32.
2. Una "Consensus Conference" sull'ADHD (Lettere). *Medico e Bambino* 2003;22(4):218.
3. Conferenza Nazionale di Consenso (Linee guida). Indicazioni e strategie terapeutiche per i bambini e gli adolescenti con ADHD. *Medico e Bambino* 2003;22(6):383-6.