

I pediatri, l'iperattività, le malattie e i farmaci

Un forum telematico tra i referenti regionali ACP

Dal mese di gennaio 2008 viene prodotta dal Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto "Mario Negri" "ADHD News", un aggiornamento bibliografico mensile di ciò che viene indicizzato nel mese precedente nelle banche dati (Medline, Embase, PsycINFO e PsycArticle) in tema di ADHD nel bambino e nell'adolescente (<http://www.marionegri.it/mn/it/riservMedico/newsletterADHD/archivio.html>). Recentemente sono segnalate attività di formazione e aggiornamento e altro materiale. L'iniziativa, indirizzata inizialmente agli operatori coinvolti nella gestione del Registro Nazionale dell'ADHD (neuropsichiatri infantili e psicologi dei centri di riferimento regionale e dei servizi territoriali), si è estesa, su richiesta degli interessati (<http://crc.marionegri.it/bonati/adhdnews/subscribe.html>), anche ad altre figure professionali coinvolte nei percorsi diagnostici e terapeutici dell'ADHD, tra cui anche alcuni pediatri di famiglia. Oggi sono oltre 250 gli iscritti alla newsletter. Nel primo anno di attività, facendo seguito alla proposta di segnalare la newsletter a chi fosse potenzialmente interessato all'iniziativa, Federica Zanetto ne inviò copia ai referenti regionali ACP. Ne nacque uno scambio intenso di messaggi (una discussione) che va molto al di là del "pretesto newsletter" e gli interlocutori colsero l'occasione per trattare il campo della sofferenza psicologica dei bambini e delle famiglie e della eccessiva medicalizzazione in ogni ambito della medicina dell'infanzia. Da qui la decisione redazionale di pubblicare il dibattito, pensando che possa raccogliere l'interesse dei lettori e stimoli loro interventi sulla Rivista.

Parole chiave ADHD

Il messaggio di Maurizio Bonati

Sperando di fare cosa gradita, vi invio copia del primo numero di *ADHD News*. L'iniziativa nasce nell'ambito del Progetto di ricerca indipendente dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) "Sicurezza a lungo termine dei farmaci utilizzati nel trattamento di bambini in età scolare con sindrome da deficit di attenzione e iperattività ed epidemiologia della malattia nella popolazione italiana". La finalità principale è di fornire mensilmente, agli operatori interessati, un aggiornamento bibliografico della letteratura scientifica recente. È un'iniziativa pilota, il cui futuro sarà determinato dai pareri e suggerimenti dei destinatari (scrivere a: adhdnews@marionegri.it). Fate circolare questo messaggio a chi ritenete interessato. Grazie.

Al messaggio risponde Francesco Ciotti. Questa sua risposta innesca una serie di interventi e riflessioni a catena, di seguito riportate.

Francesco Ciotti

(NPI, Referente regionale Emilia Romagna)

Ritengo che per noi sia una proposta poco interessante. Praticamente non ci sono bambini che fanno farmaci. In ogni caso, come Bonati sa, chi dà i farmaci sono i servizi di neuropsichiatria infantile,

spesso senza dire nulla ai pediatri di base. Bisognerebbe che Bonati, se vuole organizzare qualcosa di valido, si rivolgesse ai servizi di NPI.

Federica Zanetto

(Referente regionale Lombardia)

Francesco, mettiti nei panni di noi pediatri e in particolare di noi pediatri di famiglia. Il Registro ADHD chiede alcune cose al pediatra che, nel caso di una prescrizione, è tenuto, oltre che a conoscere le procedure, anche a un follow-up pediatrico in collaborazione con le strutture NPI, supportando un lavoro di rete molto codificato e preciso. Per evitare, da parte di noi pediatri, risposte di senso comune o rassicurazioni generiche alla famiglia abbiamo bisogno di riferirci a fonti attendibili. I nostri limiti di formazione e informazione su questi temi sono reali e questa è comunque una proposta concreta di attenzione e aggiornamento disponibile anche per il pediatra che vi si trova coinvolto e che non ha facile accesso a una letteratura dove, accanto a studi certamente al di là delle nostre competenze, ve ne sono altri che possono rendere più efficace la nostra collaborazione con il livello specialistico.

Francesco Ciotti

Credo che i bambini con ADHD (se questa malattia esiste, cosa di cui dubito) siano materia troppo delicata e complessa da affrontare per i pediatri di base attraverso una semplice consultazione

della letteratura, in prevalenza naturalmente americana. Se si vogliono veramente formare i pediatri sul campo, c'è una sola maniera vera: ogni Regione e quindi ogni servizio NPI di ogni AUSL deve avere messo a punto il percorso diagnostico e terapeutico e indicato la rete relativa in cui c'è anche il pediatra di base. Ho le informazioni relative alla mia Regione ove i servizi NPI hanno definito il percorso che probabilmente è simile a quello nazionale; ma sicuramente ogni Regione avrà le sue peculiarità. Quindi occorrerebbe che i servizi NPI di ogni AUSL si coordinassero coi pediatri di base di quella AUSL per curare la formazione e la messa a punto della rete. Siccome a mia conoscenza ciò a Cesena non è stato ancora fatto, dubito che sia stato fatto altrove. Tutto ciò che non passa da questo lavoro capillare di base, a mio avviso, non serve ai pediatri e ai bambini che abitano in quel posto lì. Altrimenti si ricalca il vecchio vizio italiano in cui c'è molta teoria e poca prassi.

Michele Valente

(Referente regionale Lazio e Referente gruppo Salute Mentale ACP)

Intervengo per dire che secondo me Francesco ha ragione: ogni iniziativa di aggiornamento andrebbe calata a livello delle ASL e dei servizi di NPI locali. A Roma i servizi di molte ASL non si interessano proprio di ADHD, per cui sul campo ci sono da una parte i centri di 3° livello, ospedalieri e universitari, e dal-

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanetto@tin.it

forum

l'altra i pediatri di base. Comunque, al di là di questo, l'iniziativa cui fa riferimento Bonati non configge con quanto sopra, perché per noi pediatri di famiglia è un dovere conoscere bene i farmaci che i centri specialistici usano e i loro effetti collaterali.

Patrizia Neri

(Referente regionale Toscana)

Anche in Toscana sono i centri di 3° livello a occuparsi di ADHD e non i servizi territoriali delle ASL; la figura di riferimento per le famiglie rimane comunque, spesso, il pediatra di famiglia, che ha l'obbligo di essere adeguatamente informato per fornire tutto il supporto necessario di fronte a queste problematiche. Io ho apprezzato l'iniziativa proposta, anche se probabilmente non riuscirò a leggere sempre tutto.

Angelo Spataro

(Referente regionale Sicilia)

Non si tratta di un problema di aggiornamento, ma di un problema più grosso, di carattere più generale, difficilmente definibile, ma che sicuramente presenta alla base qualcosa che possiamo senz'altro identificare in uno scarso interesse – sia nel mondo della sanità, sia nel mondo della scuola, sia nel mondo della politica – per tutto quanto riguarda la “mente” e sta al confine tra ciò che è considerato normale e ciò che è considerato anormale. Questi sono quei bambini e quei ragazzi “normali o quasi”, e cioè intelligenti, socievoli e affettuosi ma eccessivamente attivi ed eccessivamente disattenti, o eccessivamente lenti nella lettura e nella scrittura, o con difficoltà della coordinazione motoria, o con difficoltà dell'orientamento spazio/temporale, o intelligenti ma isolati e depressi. Sono bambini e ragazzi “normali o quasi”, ai quali non è stato mai dato fino a oggi alcun peso o quasi, perché non hanno una “malattia organica” o una malattia dalla quale possono essere tratti profitti di carattere economico (vedi il maggiore interesse in questi ultimi anni per l'ADHD, dove ci sono farmaci in gioco, a fronte di quello molto minore per la dislessia, dove non esistono farmaci). Ma il problema è molto più grosso di quanto sembra: il bambino con disturbo mentale lieve non diagnosticato, e quindi non curato, ben presto diventerà purtroppo un

bambino con disturbi gravi (dalla bassa autostima alla depressione, alla droga, alla violenza, al suicidio). Quindi non è un problema di aggiornamento ma è un problema di cultura, di scelte di politica sanitaria, di sensibilità personale e collettiva. È un problema di tutti, dei medici, degli insegnanti, degli amministratori delle ASL, dei politici, di tutta la società.

Marcella Zera

(Referente regionale Liguria)

Scusa, Angelo, ma ti aspetti che i politici abbiano a cuore la dislessia!? Siamo noi semmai che dobbiamo lamentare che nelle scuole non c'è risposta alle richieste secondo la “circolare dell'istruzione del 2004”. Quindi io sono del parere che sia una iniziativa interessante che arricchisce le nostre conoscenze proprio perché le cose non ci calino dall'alto e ci trovino impreparati e poco autorevoli. Se non si conosce, non ci si pensa neanche.

Angelo Spataro

Le circolari sono altra cosa dalle leggi che, come tali, si devono necessariamente osservare. Ecco perché parlo dei politici. Pensa alla legge 104. Con la 104 i bambini con handicap grave hanno diritto a una diagnosi clinica, a una diagnosi funzionale, a una insegnante di sostegno, alle sedute di logopedia in regime di convenzione e tante altre cose ancora. Ci vorrebbe una legge per gli handicap minori, qualcosa di simile alla 104. Per la dislessia sono depositate diverse proposte di legge e lo stesso sarà, credo, per l'ADHD o per i disturbi del linguaggio e per il ritardo mentale lieve.

Fino a quando tutto sarà regolato dalle circolari o affidato alla iniziativa e alla buona volontà del singolo NPI o del singolo insegnante o del singolo pediatra di famiglia non si farà nulla o pochissimo.

Marcella Zera

Non capisco perché comunque nelle scuole si debba faticare tanto. È ovvio che una buona legge, se ci sarà, dovrà prevedere, oltre alla formazione dei direttori didattici, dei presidi, degli insegnanti, anche l'informazione ai politici, ai quali in genere poco interessa del bambino. Noi purtroppo dobbiamo assistere a questo estremo disagio dei genitori e del bambino. Forse attraverso l'ACP qualcosa si può fare.

Francesco Ciotti

Sono d'accordo con Michele Valente. Il problema dei farmaci è enorme. Il metilfenidato ha effetti a lungo termine che sono ignorati e che andrebbero conosciuti, dato che andrebbe usato tutta la vita, secondo gli americani... quanto ai farmaci nuovi io non li userei mai finché non sono passati almeno 5 anni dall'uso che ne fanno gli anglosassoni. Ciò che non capisco è il fatto che ora dovremmo cambiare la gestione di questo problema (e non malattia), che c'è sempre stato nei servizi NPI e che abbiamo sempre affrontato con counselling e psicoterapia e senza farmaci. Si dice: per l'aumento della casistica. Questo aumento, se fosse reale, sarebbe un chiaro indizio che è una condizione a genesi sociale e non genetica e che andrebbero perciò usati rimedi psicosociali e non biologici e farmacologici.

Marcella Zera

Secondo me l'aumento non c'è; c'è solo più attenzione da parte nostra, soprattutto per il fatto che le mamme in questi ultimi anni ci segnalano più frequentemente, e con maggiore fiducia, il disagio con gli insegnanti e le note; e allora noi, più attenti al problema rispetto al passato, possiamo richiedere accertamenti che generalmente confortano la nostra diagnosi.

Federica Zanetto

Una precisazione: la Newsletter del Negri si colloca nel contesto del Registro Nazionale ADHD (che è attivo) certo non come promozione dell'uso del farmaco, ma come occasione e strumento per la crescita degli operatori che ne sono coinvolti. ACP ha ritenuto utile diffonderla tra i suoi soci, ma non è l'unico suo canale di diffusione. *ADHD News* ha come “finalità principale quella di fornire, mensilmente, agli operatori interessati, un aggiornamento bibliografico della letteratura scientifica recente” scrive M. Bonati nel messaggio di accompagnamento e, come tale, vuole arrivare e sarà veicolata a tutte le professionalità interessate. Non dimentichiamo l'azione di disinformazione che l'industria sta cercando di mettere in campo proprio con noi pediatri. L'iniziativa del Negri può diventare un concreto strumento di contrasto.

Italo Marinelli*(Referente regionale Molise)*

Esiste l'ipermedicalizzazione, un insieme di pratiche sempre più pervasive, spesso del tutto irrazionali e non "evidence based" che rappresentano larga parte della pratica clinica corrente. L'ADHD (assieme al reflusso gastroesofageo, alla "screenizzazione" di massa, alle pratiche di medicina difensiva) è a mio avviso uno degli esempi più significativi di Munchausen by doctor o, se si vuole, di Social Munchausen (vedi I. Marinelli. Può esistere una sindrome di Munchausen by doctors? O si tratta di una provocazione? *Quaderni acp* 2008;5:213-5). Credo che il mio punto di vista sia chiaro e invito chi lo condivide a fornire spunti e referenze bibliografiche. Potremmo anche costituire un gruppo di lavoro.

Angelo Spataro

Stiamo attenti, molto attenti! Esistono le malattie inesistenti e le ipermedicalizzazioni, come scrive Marinelli, e queste malattie sono quelle che "curiamo" ogni giorno: il nasino raffreddato, la colicchetta, la cacchina liquida, il rigurgito, ecc. Ma l'ADHD non è una patologia inesistente. Esiste, eccome! Provate a dialogare con Raffaele D'Errico, pediatra di famiglia di Napoli, già presidente dell'Associazione Italiana Famiglie ADHD e padre di una bambina con ADHD, per capire cosa significa avere un figlio con ADHD. Le cose che impressionano di più quando si ascoltano o si leggono le testimonianze dei genitori di bambini con ADHD sono il racconto dell'estrema difficoltà che queste famiglie hanno sullo svolgere le normali attività della vita quotidiana (casa, scuola, rapporti sociali con parenti e amici) e il fatto che vedono subito l'effetto terapeutico del metilfenidato, già dopo uno-due giorni di terapia, a riprova del fatto che la malattia esiste davvero e che esiste anche un farmaco in grado di tenerla a bada.

Esiste anche la dislessia. Non si tratta di bambini che non vogliono leggere, che non vogliono applicarsi, che pensano ad altro quando fanno i compiti... ma si tratta di bambini che non sanno leggere. E la cosa è un po' diversa!

Marcella Zera

Sono proprio d'accordo sull'esistenza di entrambe, ADHD e dislessia, e ancora di

più sul fatto che dobbiamo rinforzare la nostra conoscenza sulle stesse, proprio per non farcele sfuggire e creare un bambino con problemi futuri anche più grossi. Anche perché questi bambini hanno intelligenza e talento che non vanno affossati. Quanto al metilfenidato; io proverei soprattutto e prima col "parent training", e poi parlerei con gli insegnanti e con il bambino, per fargli capire che non è abbandonato né emarginato. Poi il farmaco, se proprio non va il tutto e la situazione peggiora.

Francesco Ciotti

Lo status scientifico dell'ADHD è ben lontano da quello della dislessia. Per anni mi sono occupato di bambini ipercinetici (sono europeo e non americano, uso il sistema OMS ICD10 e non il DSMIV, dove esiste la "sindrome" ipercinetica e non l'ADHD). Ho collaborato con Carey, uno dei maggiori esperti americani dell'ADHD. Ricordo alcuni concetti base:

- Non esiste una definizione oggettiva della sindrome. Non esiste un termometro per misurarla. La misurano soggettivamente gli adulti che vivono col bambino con questionari la cui affidabilità è bassissima.
 - Non esiste una discontinuità tra comportamenti ipercinetici fisiologici e comportamenti ipercinetici patologici o devianti. Questa discontinuità è posta dagli adulti e dalla società civile; la società civile americana pone la discontinuità al 10% della popolazione infantile, quella europea a 1-3%, a seconda dei casi.
 - ICD10 la chiama sindrome perché, come tutti i comportamenti problematici, può essere sintomo di situazioni o cause molto diverse, che vanno analizzate caso per caso e che portano spesso a diagnosi di comorbidità significative, in cui l'iper-cinesia è effetto e non causa (vedi l'articolo sui 131 casi della AUSL Cesena analizzati in un articolo di *Quaderni acp*, ove la comorbidità esiste nell'80% dei casi). ("La sindrome ipercinetica 'pura' fra gli alunni nel territorio cesenate" F. Ciotti, *Quaderni acp* 2003;4:18-20).
- Se poniamo al centro le difficoltà educative di genitori o insegnanti e non quella dei bambini (i bambini ipercinetici sarebbero bambini felici se vivessero in campagna o se frequentassero una scuola basata sul fare alla Don Milani), è dimostrata l'alta efficacia delle tecniche

cognitive basate sul parent o teacher training.

Il metilfenidato è una sostanza chimica che aumenta le capacità di attenzione e concentrazione. In tutti i soggetti. Non solo negli ipercinetici: se io assumessi il metilfenidato, come assumo la caffeina che non fa bene, come potrei assumere la cocaina che fa male, il mio rendimento aumenterebbe. Si tratta di un psicofarmaco sintomatico che agisce sui neurotrasmettitori, come tutti gli psicofarmaci, e di cui, se lo smetti, ne hai di nuovo bisogno. Sono descritti gli effetti collaterali nell'infanzia che non sono pochi (compresa l'interferenza sulla crescita) e ripeto, come dice l'AAP, non sono noti gli effetti a lungo termine in età giovanile-adulta.

Se confrontassimo i dati bruti sui comportamenti antisociali dei giovani in USA (ove il farmaco si usa da decenni) e dell'Europa (ove il farmaco si usa poco o affatto) dovremmo forse concludere che il farmaco alla lunga fa male....

Angelo Spataro

Premetto che ho visto solo un bambino con ADHD e dislessia, ma ho letto diverse testimonianze di genitori. Tutto qua. Credo di avere capito tuttavia alcune cose fondamentali su questa sindrome.

Il problema principale è che non si tratta di bambini "malati", nel senso classico del termine: non ci sono esami del sangue che dimostrino la malattia (non è la stessa cosa del diabete o della celiachia), ma ci sono questionari, ci sono gli item per i genitori e per gli insegnanti, c'è l'osservazione diretta del NPI e dello psicologo, e alla fine tutto è affidato all'interpretazione del clinico e il clinico può fare tante interpretazioni. Siamo sul soggettivo. Io colloco i bambini con ADHD nella curva di Gauss, che è una curva dove sono compresi tutti i soggetti "normali", cioè non "malati". I normoattivi sono nella parte centrale della campana e ai due estremi della curva ci sono gli ipoattivi, all'estremo destro, e gli iperattivi all'estremo sinistro. Gli iperattivi hanno anomalie cerebrali a livello di microstruttura e di neurotrasmettitori, come è stato dimostrato (è qualcosa di non macroscopico e quindi non siamo a livello di "malattia") e, allo stesso modo, gli ipoattivi avranno, credo, anomalie cerebrali di segno opposto. Quindi ragaz-

zi malati-sani in quanto sono belli, alti, intelligenti, con gli esami del sangue normali, ma disturbati e disturbanti.

Certo, chi vive in campagna non avrà l'ADHD. Ma dobbiamo vivere in città e l'ADHD, così come la dislessia o l'anorexia, sono malattie della città, della società contemporanea, del nostro tempo. Quanto al metilfenidato, io non ne ho alcuna esperienza diretta. Ho letto solo molte testimonianze di genitori con ADHD e ho conosciuto un bambino con ADHD e dislessia, che è venuto nel mio studio qualche anno fa e che in mezz'ora di colloquio con la mamma non è stato mai fermo: faceva sempre movimenti con le braccia tipo incontro di pugilato e si dondolava in continuazione sulla sedia, e poi si alzava, camminava, si sedeva, faceva a pugni con l'aria... un inferno. Poi ha iniziato la terapia con il metilfenidato (ritirato credo in una farmacia dello Stato Vaticano) e il suo comportamento è molto migliorato, non solo a casa ma anche a scuola, dove leggeva e scriveva anche meglio. Il farmaco fa male a lungo termine? Sì, può essere. Molti farmaci fanno male se assunti per molti anni. Anche il cortisone fa male a lungo termine nei bambini con artrite reumatoide... e allora che facciamo? Non diamo neanche il cortisone?

Michele Valente

Bellissima e vivace discussione... anche la glicemia è un parametro biochimico che ha un continuum e c'è gente che per molti anni campa benissimo a 110 mg/dl e oltre; anche i valori di colesterolo sono un continuum e c'è gente che campa benissimo per anni con il colesterolo totale a 210 mg/dl. Ciò non toglie che a un certo punto l'equilibrio, che pure ha retto per anni, si sfascia e viene fuori il diabete mellito conclamato o l'aterosclerosi; anche i soggetti con ADHD presentano alcune caratteristiche simili a quelle di tanti, ma esagerate; eppure io che ho un nipotino con questo problema vi posso garantire che la sua vita e quella dei suoi genitori possono essere un inferno. E comunque c'è una peculiarità, che forse alcuni studi hanno dimostrato: il cosiddetto "tempo interno": una sorta di orologio interno sfalsato che costituirebbe il nucleo organico della sindrome. Certo non capisco perché, se il metilfenidato funziona, bisogna per forza entrare

nel protocollo di sperimentazione dell'atomoxetina, con minori vantaggi e con forse maggiori rischi. Che la sindrome abbia un nucleo organico, caro Ciotti, si va sempre più delineando; ma che poi vi siano molti fattori di comorbidità di natura psicosociale, e altrettanti fattori contenitivi e/o compensativi credo che sia evidente. Forse la diversa incidenza e prevalenza del disturbo tra Nord America ed Europa sta proprio qui. Che l'uso oculato di alcuni farmaci comunque faciliti l'intervento comportamentale di sostegno è vero, come è altrettanto vero che demandare tutto al farmaco, senza intervenire sulle famiglie, serve solo a ingrassare le industrie, medicalizzare i bambini e lasciare le famiglie sole. Per questo il Registro Nazionale dell'ADHD ha una sua grossa validità, e la sua implementazione nella pratica, per quanto difficile, è l'unica strada seria percorribile, e l'iniziativa di una newsletter sull'ADHD ha una importanza notevole per mantenerci aggiornati sugli sviluppi della ricerca al riguardo.

Angelo Spataro

In linea di massima sono d'accordo con quanto ha scritto Italo Marinelli nell'articolo per *Quaderni acp*. Nella prefazione di "Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti" (Moynihan R, Cassels A. Nuovi Mondi. Media, 2005) è citata una frase che trent'anni fa un direttore della Merck pronunciò durante una conferenza: "Il nostro sogno è quello di produrre farmaci per le persone sane. Questo ci permetterebbe di vendere a chiunque". A distanza di trent'anni l'obiettivo è stato raggiunto e per raggiungerlo le case farmaceutiche, dicono gli Autori, si sono date un gran da fare. Con la complicità di eminenti studiosi ed emeriti cattedratici hanno fatto sì che eventi fisiologici (o quasi) che avvengono nel corpo umano siano diventati patologia. E citano il colesterolo alto (è bastato fare diminuire di 2 punti la soglia massima di colesterolo per fare aumentare di milioni di dollari il fatturato di alcune case farmaceutiche). Sono diventate patologia anche la tristezza e la solitudine e sono aumentate le vendite degli antidepressivi. Anche la menopausa è diventata una malattia così come la normale decalcificazione delle ossa che si ha con l'invecchiamento.

Italo Marinelli

Sono d'accordo con Angelo. Tristezza e menopausa sono degli ottimi esempi di Munchausen by doctors in medicina generale. Nel caso dell'ipercolesterolemia siamo più sul versante della truffa vera e propria. La Munchausen by doctors non è causata tanto da intenti consapevolmente dolosi, quanto dalla interiorizzazione di una cultura medicalizzante. Ci sono colleghi davvero convinti di fare bene prescrivendo eco esofagee a iosa, controllando dilatazioni millimetriche della pelvi ogni mese. Se poi questo coincide con input "aziendali", tanto meglio. Io mi sono limitato a fornire degli esempi pediatrici ma credo che, se allargassimo l'orizzonte, ne vedremmo delle belle. È certo che la pseudoaziendalizzazione, il sistema dei DRG, la necessità di giustificare reparti fantasma portano alla invenzione di malattie fantasma. Polmoniti di destra "ma anche" di sinistra. Quello che ho scritto è parziale e provvisorio e, se ci sono spunti o integrazioni, ben vengano. Per ogni esempio è utile una referenza bibliografica.

Francesco Ciotti

Per ogni esempio sarebbero necessarie più referenze bibliografiche e possibilmente non tutte in lingua inglese, perché altrimenti corriamo il rischio di non conoscere o di disconoscere. Come nel caso della sindrome di Rett, descritta in lingua tedesca negli anni '60, ma conosciuta in Italia solo più di vent'anni dopo, quando la monocultura anglosassone, finanziata dalle multinazionali, si degnò di tradurre e divulgare al popolo l'articolo originale.

Appendice

Molto meno di quelli previsti i bambini con ADHD in terapia con psicofarmaci

L'8 marzo 2007, veniva autorizzata l'immissione in commercio dell'atomoxetina e del metilfenidato per il trattamento della sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Da giugno 2007 è attivo il "Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva" per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e per la valutazione degli effetti avversi dei due farmaci indicati per il trattamento della sindrome. La

prescrizione del farmaco è vincolata alla registrazione del paziente nel Registro Nazionale.

In 20 mesi di attività sono stati iscritti nel Registro 1090 pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di atomoxetina (639 pazienti pari al 57% dei registrati) o metilfenidato (451; 43%). Il 40% dei pazienti risiede in Lombardia, Veneto o Sardegna, e un quarto del totale risulta in carico a solo 3 degli 86 Centri di riferimento accreditati dalle Regioni e dalle Province autonome. Solo il 30% dei pazienti ha ricevuto una terapia psicofarmacologica associata a counselling e a una terapia cognitivo-comportamentale, come previsto dal protocollo del Registro e dalle linee-guida nazionali e internazionali. Interventi di counselling sono stati effettuati al 59% dei pazienti, di parent training al 37% e di child training al 25%. In 35 pazienti si sono verificati eventi avversi: 8 durante terapia con metilfenidato (1,8% dei casi) e 27 durante terapia con atomoxetina (4,2% dei casi). Per 12 dei 35 pazienti le reazioni sono state giudicate gravi (1 metilfenidato e 11 atomoxetina) ed è stata necessaria la sospensione della terapia. In 3 degli 11 casi in terapia con atomoxetina la reazione avversa è stata l'ideazione suicidaria.

Il Registro si è quindi rivelato uno strumento utile per monitorare l'uso dei farmaci per la terapia dell'ADHD, migliorandone l'appropriatezza e identificando in modo più accurato gli effetti avversi. La temuta (da alcuni) "epidemia" di prescrizioni di psicofarmaci ai bambini italiani con ADHD non si è verificata. Anche la prevalenza dell'ADHD in Italia sembra essere considerevolmente inferiore a quanto descritto in altri Paesi europei.

Tuttavia, l'applicazione dell'intero percorso diagnostico e terapeutico riconosciuto come il più appropriato è ancora ampiamente disattesa sull'intero territorio nazionale e rimanda alla necessità di attivare adeguate risorse (umane e organizzative) a livello locale, nell'ambito dei servizi sanitari e sociali preposti alla salute per l'età evolutiva.

Maurizio Bonati e Pietro Panei

IL PUNTO SU...

Riflessioni, Testimonianze, Dialoghi
sulle nostre idee e sulle nostre pratiche quotidiane

Con il patrocinio dell'ACP

RIMINI 20, 21 e 22 NOVEMBRE 2009 – Hotel Continental

Obiettivo primario del workshop: promuovere la riflessione e il dibattito su alcuni temi scottanti della clinica, della organizzazione sanitaria e assistenziale.

Obiettivo secondario: favorire la nascita di un gruppo permanente disposto a lavorare nel tempo alla produzione di documenti scritti su problemi di particolare rilevanza per lo svolgimento quotidiano della professione. Il workshop è aperto a tutti gli operatori sanitari sia in ambito clinico-assistenziale che in quello della gestione e dell'organizzazione dei servizi sanitari.

<http://il-punto-su.wikispaces.com/homepage>.

Dante Baronciani epidemiologo e counsellor - CeVEAS Modena; **Giancarlo Biasini** pediatra - Cesena; **Roberto Buzzetti** epidemiologo clinico - Rimini; **Antonino Cartabellotta** medico, direttore GIMBE - Palermo; **Alessandro Di Pasquale** medico di famiglia - Rimini; **Michele Gangemi** pediatra e counsellor - Verona; **Tom Jefferson** ricercatore - Roma; **Nicola Magrini** farmacologo clinico e direttore CeVEAS - Modena; **Massimo Valsecchi** medico; direttore Dip. Prevenzione - Verona; **Luciano Vettore** formatore - Verona

PROGRAMMA

Prima giornata - 20 novembre 2009

Le conoscenze (in)crollabili. Buoni e cattivi maestri - Sempre attenti alle bufale! *I maestri di ieri, i grandi clinici, e quelli di oggi, le linee guida. Quanto sono affidabili gli uni e gli altri? Come riconoscere buoni e cattivi maestri? I numerosi esempi di pratiche ritenute utili, efficaci, addirittura irrinunciabili, poi regolarmente abbandonate.* (T. Jefferson)

Il triangolo conoscenza, esperienza, preferenza dei pazienti. Letteratura ed esperti. Le dimensioni delle decisioni. Gli studi universitari, l'aggiornamento, l'esperienza, i nostri pazienti, la letteratura scientifica (EBM), le nuove condizioni di aggiornamento (ECM), il maggior ascolto dei pazienti (narrative medicine) e le loro preferenze, la comunicazione, la partecipazione della comunità alle scelte strategiche, alla ricerca. Come armonizzare il tutto, senza banalizzare né burocratizzare? (A. Cartabellotta)

EBM e narrative medicine. Comunicare con i pazienti, comunicare tra operatori, comunicare con la scienza. Ricerca e pratica (D. Baronciani e M. Gangemi)

Che cosa abbiamo imparato (G. Biasini)

Seconda giornata - 21 novembre 2009

Tradurre, traslare, trasporre: la "translational research". Di che si tratta? *Del trasferimento di tecniche e metodi tipici di un tipo di ricerca a un altro tipo di ricerca? Di un tentativo di ricondurre a unità i vari tipi di ricerca (di base, clinica, sociale e sui sistemi sanitari; quantitativa, qualitativa..) ? Dalle scienze pre-cliniche alla ricerca clinica; dai risultati dei trial ai pazienti di ogni giorno; dalle evidenze alle raccomandazioni; dalle raccomandazioni alla loro implementazione.* (L. Vettore e R. Buzzetti)

Medicina senza farmaci: si può? *in che misura è possibile governare alcune patologie importanti senza ricorrere ai farmaci, o almeno limitandone o ritardandone l'utilizzo, attraverso l'adozione di misure come l'attività fisica, la dieta, la ricerca dell'equilibrio e della serenità (i cosiddetti stili di vita)?* (M. Valsecchi e N. Magrini)

Che cosa abbiamo imparato (G. Biasini)

Terza giornata - 22 novembre 2009

PRE-GNOSI. Quanto è utile conoscere in anticipo malattie e predisposizioni. Gli screening, la diagnosi precoce. Benedetta genetica. La diagnosi precoce è sempre un bene? (R. Buzzetti e A. Di Pasquale)

Prodotto finale

"SE SON ROSE FIORIRANNO" *Proposte di progetti di ricerca, di revisione bibliografica, stesura di articoli, attraverso gruppi di lavoro a distanza.*

Quota di partecipazione: 380,00 euro: escluse le spese di vitto e alloggio
Specializzandi 250,00 euro.
10 crediti assegnati per tutte le professioni

Per informazioni: Consorzio Med I Care

Tel. 3355441348 – Fax 0372 33142

E-mail: direzione@medicareformazione.it – www.medicareformazione.it

Roberto Buzzetti: tel. 347 7680274 – robuzze@gmail.com – www.robortobuzzetti.it