

Rubrica a cura di Angelo Spataro



Neuropsichiatria infantile. Vere o false epidemie?

Intervista di Angelo Spataro* a Francesco Ciotti**

* Pediatra di famiglia, Responsabile del gruppo di lavoro ACP "salute mentale"

** Pediatra e Neuropsichiatria Infantile, Cesena

Oggi si parla molto di un aumento della prevalenza epidemiologica per molti disturbi del neuro-sviluppo e del comportamento. Alcuni Autori parlano però di "false epidemie", soprattutto dopo l'introduzione del DSM V che sembra avere apportato nuove diagnosi con l'ampliamento del confine tra normale e patologico...

Nel suo libro "Primo, non curare chi è normale" Allen Frances riscontra in alcuni nuovi criteri del DSM la ragione della diffusione di tre "false epidemie" in età evolutiva: 1) L'epidemia del *Disturbo bipolare*, assimilando i disturbi di comportamento e della condotta in età preadolescenziale e adolescenziale al *Disturbo bipolare* dell'adulto; 2) L'epidemia di *ADHD*, limitando la diagnosi alla presenza di sola inattenzione e di sola iperattività e in un solo contesto di vita; 3) L'epidemia di *Autismo*, con l'estensione della diagnosi di *Autismo di Asperger* o ad alto funzionamento ai minori con alcune caratteristiche temperamentali come la riservatezza sociale, lo scarso uso della comunicazione verbale, il forte interesse per alcune specifiche attività e/o routine quotidiane. Di fatto a livello internazionale all'interno dei Paesi occidentali per i disturbi psichici e comportamentali assistiamo a prevalenze molto variabili: basti pensare all'*ADHD* che va dal 10% in USA all'1% nella maggior parte d'Europa. Questo dipende dalla diversa organizzazione dei Servizi psicologici e neuropsichiatrici pubblici e privati, da una raccolta dati disomogenea, da sistemi classificatori e procedure diagnostiche eterogenee, non riproducibili e non standardizzate in maniera oggettiva per la maggior parte dei *Disturbi internalizzati* e *esternalizzati*. Per esempio la diagnosi dei *Disturbi esternalizzati* come *inattenzione* e *oppositivismo* è affidata a chi subisce il disturbo, ossia all'adulto e all'educatore e ai suoi limiti di tolleranza variabili da Paese a Paese e da persona a persona. Del tutto diverso è il caso delle diagnosi dei disturbi neuropsicologici come *Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA)* e *Ritardo mentale* che sono

affidate a test psicometrici standardizzati, come lo è il metro per la misurazione della statura, e che stabiliscono a -2 DS il cut-off per questi disturbi e che quindi hanno una epidemiologia attesa esattamente del 3% della popolazione.

In Italia disponiamo di una epidemiologia affidabile a livello nazionale? E per quali disturbi vi è un reale aumento?

L'epidemiologia dei disturbi psichici e comportamentali a livello nazionale presenta molti punti deboli che la rendono poco affidabile. Servizi neuropsichiatrici pubblici diversamente organizzati da regione a regione, sistemi classificatori usati non omogenei, afflusso di disturbi nel settore privato sconosciuti a ogni sistema di rilevazione. La Regione Emilia Romagna è una delle poche Regioni che da circa venti anni adotta in tutti i servizi di neuropsichiatria infantile pubblici regionali lo stesso sistema di raccolta dati basato sulla classificazione ICD10, con formazione periodica di tutti gli operatori della diagnostica. Tra le sue pubblicazioni una confronta l'evoluzione delle categorie diagnostiche dal 2010 al 2015 e la sua lettura ci presenta alcune sorprese. A un estremo ci sono i disturbi neuropsicologici: *DSA* e *Ritardo mentale*. Essi ci danno certezze che altri disturbi non ci danno. In primo luogo tutti arrivano al Servizio pubblico per disposizioni ministeriali legate alla certificazione del disturbo. Inoltre l'epidemiologia attesa è definita dagli strumenti standardizzati che individuano la -2 DS della popolazione. Nel periodo 2010-2015 entrambi hanno avuto un forte incremento: da 4.385 a 6.306 il *Ritardo mentale*, da 6.189 a 11.017 i *DSA*. Eppure, nonostante questo incremento, il dato finale è molto lontano dall'atteso. I *DSA* sono nel 2015 l'1,5% della popolazione, il *Ritardo mentale* non arriva all'1% della popolazione. Per i *DSA* ciò significa che in questi anni l'invio da scuola-famiglia-pediatra è migliorato e che l'accuratezza diagnostica è migliorata, ma non abbiamo ancora rag-

giunto il target atteso. Per il *Ritardo mentale*, sulla carta più grave ma del tutto sotto diagnosticato, vi deve essere evidentemente un *bias* di sistema, che potrebbe risalire al fatto che malattie genetiche, neurologiche e sensoriali con un basso QI vengono codificate per la malattia organica e non anche per il ritardo mentale coesistente. All'altro estremo ci sono i *Disturbi internalizzati*, *Ansia* e *Depressione*, che sulla carta dovrebbero essere i più frequenti. Però essi sono affidati alla percezione del minore di un malessere interno e definibili attraverso un questionario compilato dallo stesso minore; in secondo luogo la maggior parte di questi minori e delle loro famiglie si rivolge al privato, per la natura intima del disturbo e per la risposta psicoterapeutica ormai assente nei servizi pubblici. Così, nel periodo considerato, nella nostra regione i disturbi depressivi passano da 339 a 516, i disturbi d'ansia da 1.387 (1,8 per mille) a 2.105 (circa tre per mille). Valori irrisori.

Oltre a questi tuttavia, l'Autismo per la gravità e l'ADHD per il registro nazionale vigente dovrebbero arrivare tutti al Servizio Sanitario Pubblico. Qui ci sono dati di un aumento reale della prevalenza?

Per l'*ADHD* il registro riporta i dati nazionali. Questi dati sono disomogenei da zona a zona, ma quasi tutti al di sotto di quel 1 per cento atteso in ambito europeo. Nella Regione Emilia Romagna, nel periodo considerato passano da 1.323 (1,8 per mille) a 1.956 (2,6 per mille), in incremento ma con valori percentuali sempre molto bassi. Lo stesso accade per i dati regionali dell'*Autismo*, per cui nel periodo 2010-2015 si passa da 1.462 (circa il 2 per mille) a 2.447 (3,3 per mille, circa 1 ogni 300), con grandi differenze tra i distretti. Per esempio, nel territorio di Cesena (34.000 minori), sono passati nello stesso periodo dal 2 per mille al 4 per mille, mentre in un territorio limitrofo sono rimasti al 2 per mille. I due territori sono omogenei per popolazione. La sola differenza è che

nel periodo i pediatri di famiglia di Cesena si sono formati a eseguire la CHAT ai bilanci di salute dei 2 anni e nel territorio limitrofo no. Si tratta di quei bambini che a due anni non hanno né il gioco simbolico, né la comunicazione gestuale, né la interazione condivisa, caratteristiche che li distinguono nettamente dai bambini con disturbo del linguaggio.

Senza una epidemiologia affidabile, come è possibile conoscere gli effetti sulla popolazione infantile delle nostre prassi preventive sulla salute mentale come Nati per Leggere e Nati per la Musica?

A livello nazionale sarebbe finalmente tempo di un intervento riformatore profondo che imponga un sistema omogeneo di raccolta dati sia a livello pubblico sia a

livello privato (come quello per esempio in uso per la denuncia delle malattie infettive, che vale per ogni operatore sanitario pubblico e privato). Non semplice da pensare e da attuare, soprattutto considerando che fra qualche anno avere un pediatra o un neuropsichiatra infantile in un concorso pubblico sarà più complicato che trovare un ago in un pagliaio.



Quanto conflitto di interesse c'è tra i nostri colleghi oltreoceano? Il Sunshine Act, la legge voluta da Obama per rendere trasparenti i conflitti di interesse di tutti i medici USA è ormai attiva da qualche anno. Un'analisi riferita all'anno 2014 ha portato *alla luce del sole* i compensi o i pagamenti dell'industria del farmaco o dei dispositivi medici verso i pediatri USA: oltre 30 milioni di \$. La maggior parte dei pagamenti è stata ricevuta dai pediatri generalisti (71%). Il pagamento minimo è stato 1 \$ e quello massimo oltre 500mila \$, con una media di 133 \$ e la mediana (ossia il valore sotto il quale cadono la metà dei valori del campione) di 15 \$. La maggior parte del denaro speso dalle industrie è per il pagamento di relatori a eventi formativi (oltre 8 milioni \$) e per servizi *nonconsulting* (oltre 7 milioni \$), ossia servizi per i quali non è possibile indicare un preciso riscontro. Oltre 5 milioni \$ per contributi, onorari, regali e royalty e 5 milioni \$ per l'intrattenimento. Oltre ai pediatri generalisti, i più gettonati sono i cardiologi, gli endocrinologi, gli oncologi e gli pneumologi, ma i pagamenti più alti sono stati per gli specialisti dell'abuso infantile. Tutti i pediatri sono coinvolti in un conflitto di interesse? No, "solo" il 42% dei pediatri (n. 35.697) ha ricevuto somme di denaro o rimborsi dall'industria, la maggior parte dei quali riceve più pagamenti (media di 6.3). Confrontata con le altre 35 specialità, la pediatria è in fondo alla scala dei pagamenti dell'industria: i pediatri hanno meno attitudine ad accettare i favori dell'industria rispetto ai medici di medicina generale (55%) o i neurochirurghi (77%).

Karas DJ, Bandari J, Browning DN, Jacobs BL, Davies BJ. Payments to Pediatricians in the Sunshine Act. *Pediatrics* 2018 Jan, 141 (1 Meeting Abstract); DOI: 10.1542/peds.141.1_Meeting Abstract.2.

Karas DJ, Bandari J, Browning DN, Jacobs BL, Davies BJ. Payments to Pediatricians in the Sunshine Act. *Clin Pediatr (Phila)* 2017 Jul;56(8):723-728.

INDICE DELLE PAGINE ELETTRONICHE DI QUADERNI ACP 25(1) - 2018

Newsletter pediatrica

- n.1 Anemia da carenza di ferro: quale preparato funziona meglio? Un RCT in doppio cieco
- n.2 L'uso regolare di corticosteroidi per via inalatoria non aumenta il rischio di infezioni respiratorie nei bambini asmatici secondo una metanalisi
- n.3 Terza dose di vaccino MMR per controllare un focolaio epidemico di parotite: i dati di uno studio osservazionale americano
- n.4 Sostegno alla funzione genitoriale: i risultati di Incredible Years per bambini fino a 1 anno di età. Uno studio osservazionale
- n.5 Cochrane Database of Systematic Review: revisioni nuove o aggiornate, gennaio-febbraio 2018

Documenti

- d.1 Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Commento a cura di Marisa Calacoci e Simona La Placa
- d.2 La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni. Focus sul periodo della gravidanza e dei primi 3 anni di vita del bambino
Commento a cura di Luigi Greco
- d.3 LA SALUTE DEI BAMBINI IN ITALIA. DOVE VA LA PEDIATRIA? IL PUNTO DI VISTA E LE PROPOSTE DELL'ACP
Commento di Costantino Panza

Ambiente e salute

- A&S.1 Mangiare cibo sano può avere implicazioni anche sulla fertilità
- A&S.2 Inquinamento atmosferico in fase prenatale e predisposizione neonatale all'invecchiamento biologico

L'articolo del mese

- am.1 Adolescenti transgender e con non conformità di genere: una questione anche italiana?

Narrare l'immagine

- ni.1 Angelo Morbelli, due quadri di ragazze a letto, 1988 e 1997
Descrizione a cura di Cristina Casoli
Impressioni di Martina Fornaro e Alberto Ferrando