

CONTESTO

Anche per questo anno scolastico 2005/2006 vogliamo mantenere uno spazio specificamente e visibilmente dedicato a riflessioni ed esperienze che possono apparire non direttamente connesse alla vita scolastica degli alunni disabili, ma costituiscono il contesto entro il quale ciascun bambino-alunno può, con maggiore o minore difficoltà, costruire la propria autonomia. Anche all'avvio di questo anno scolastico invitiamo i nostri lettori ad inviare materiali per questa rubrica che vorremmo mantenere aperta.

SE LO PSICOFARMACO DIVENTA IL NUOVO SOSTEGNO

GIU' LE MANI DAI BAMBINI

Una campagna nazionale per la difesa del diritto alla salute dei bambini

(Filippo Furiolo)

Il numero dei **bambini che assumono** antidepressivi, e **psicofarmaci** in genere, è **in aumento** anche nel nostro Paese ed è fonte di allarme da parte di coloro che si preoccupano della salute dei bambini e dei risvolti sociali di questa operazione.

La dipendenza (intesa come difficoltà ad interrompere l'assunzione) ed i danni causati dalla molecole che compongono questi farmaci, associati con l'idea che si diffonde di una *pillola giusta* per ogni problema di tipo sociale-comportamentale, sono i principali elementi di questa preoccupazione che hanno portato una serie di enti ed organizzazioni (TUTTINSIEME, EPA, fimp, SOSCHILD, giovanialcentro, age, CISL, ACLI, AGESCI, A.S.O. San Giovanni Battista, MSC, Università della Terza Età – UNITRE, con il patrocinio della RAI - Segretariato Sociale)¹ a promuovere la campagna GIU' LE MANI DAI BAMBINI: una campagna informativa e di sensibilizzazione sulla tematica degli abusi nella somministrazione di psicofarmaci ed anfetamine ai minori ed ai bambini in particolare.

La campagna "GiuleManidaiBambini" *<non vuole essere una crociata contro una o l'altra multinazionale del farmaco o contro specifici prodotti farmacologici: unico scopo dell'iniziativa è di porre nuovamente il bambino e la sua famiglia al centro dell'attenzione, tutelando i loro diritti, e non escludendo a priori – pur nel rispetto dell'autonomia della classe medica – soluzioni alternative a quella strettamente farmacologica>*.²

Tra le diverse iniziative organizzate dal Comitato "GiuleManidaiBambini", lo scorso 28 maggio 2005 presso l'Aula magna dell'Ospedale Molinette di Torino, si è svolta una Tavola rotonda nazionale sul tema, sostenuta anche dalla Consulta Provinciale delle Studentesse e degli Studenti di Torino, a cui hanno partecipato esperti a livello internazionale ed un folto pubblico, fra cui numerosi operatori della scuola e genitori.

Si è partiti dalla constatazione che una *nuova* malattia, il **Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività**" (ADHD nel Manuale Diagnostico e Statistico, testo di riferimento per le diagnosi), è sempre più spesso portata all'attenzione di genitori, insegnanti ed educatori, e che sempre più spesso da una parte della psichiatria viene proposta la terapia farmacologica come soluzione del problema.

Il **quadro** che è emerso in relazione alla cd **ADHD** è **preoccupante**:

- Per quanto riguarda l'**incertezza** e la **scarsa scientificità della diagnosi** basata su sintomi abbastanza generici, per la quale lo strumento cardine è un questionario chiuso nella forma ma aperto ad un'eccessiva soggettività (richiede se taluni sintomi si presentano "spesso", se il bambino "sembra" in un certo modo).

¹ Mi scuso con eventuali enti ed associazioni che avessi dimenticato (N.d.A.)

² "Che cos'è GIULEMANIDAIBAMBINI in sintesi", materiale per Tavola Rotonda Nazionale – TO 28/05/2005

Analoga **incertezza** e confusione riguarda i **dati** sulla diffusione della discussa sindrome, in alcuni studi si parla del 20% della popolazione infantile (1 bambino su 5!), in altri del 10% della popolazione scolastica ... fino a scendere al 7 o al 3 per mille.

Per queste ed altre considerazioni più di merito Agostino Pirella, professore ordinario di Psichiatria all'Università di Torino, ha affermato che <la diagnosi per il disturbo di attenzione è una diagnosi psichiatrica inconsistente e pericolosa>.³

- Per i **rischi connessi alla terapia farmacologica** proposta che non rimuove le cause dei comportamenti che tanto preoccupano gli adulti. Se uno degli effetti prodotti dall'assunzione regolare di questi farmaci è la diminuzione o soppressione dei sintomi, ad una loro sospensione riemerge la situazione precedente: ecco perché viene prescritta una somministrazione a lungo termine. Gli psicofarmaci utilizzati (il più famoso è il Ritalin) simili alle anfetamine inducono **dipendenza** e possono avere **effetti collaterali anche gravi** (verificati!) incluso il tentativo di suicidio dei minori. Non è certo un caso se l'EMEA (Agenzia Europea per il Farmaco) ha interdetto la somministrazione in età pediatrica di 11 molecole presenti in questi farmaci.

GiùleManidaiBambini, mi pare prudentemente, non esclude <che in casi estremi la terapia farmacologia sia una strada da prendere in considerazione: ma quanti di questi milioni di casi sono davvero "estremi"?>⁴

- Per il messaggio di **medicalizzazione dei problemi** che viene veicolato a livello sociale quando si sposa un modello medico-biologico di psichiatria: sembra che possa esistere una pillola per ogni problema come scorciatoia risolutiva di ogni disagio; la medicalizzazione, inoltre, provoca una sorta di oggettivo depistaggio rispetto alle possibili **cause psicosociali e di contesto** del disagio stesso (che in questo caso si manifesta con comportamenti iperattivi e gravi difficoltà di attenzione), così come alle **ipotesi di interventi** su di esse, che vengono come minimo **sottostimate**.
- Per il **rischio di** una vera e propria **schedatura** che, anche al di là di eventuali buone intenzioni, è sottesa all'idea di una sorta di registro per il monitoraggio a livello territoriale di bambini e bambine definiti "intrattabili" da un punto di vista psicologico e pedagogico e in cura con psicofarmaci.
- Per il coinvolgimento in un processo di **scarsa informazione di genitori** che soffrono e **spesso sono lasciati soli** a convivere e cercare di "ben educare" un figlio o una figlia che manifesta un disturbo e che crea disturbo. Credo che i genitori solitamente non siano inclini a somministrare psicofarmaci ai propri figli con leggerezza, ma trovano facilmente (forse troppo facilmente per il meccanismo a cui ho sopra accennato) una giustificazione scientifica che alimenta la speranza di soluzione dei problemi. Allora può succedere che vengano abbandonate o non tentate strade diverse, spesso più lunghe e faticose, di interventi singoli e/o associati di tipo psicoterapeutico, pedagogico (anche di pedagogia clinica) e sociale.
- Per il livello di **consapevolezza e di responsabilità della scuola**, e degli insegnanti in particolare, ancora una volta emersa nella Tavola rotonda da cui ho preso spunto per queste note. Certo, non è facile "gestire" quotidianamente una classe con i suoi innumerevoli problemi, inoltre il disagio dei minori spesso si manifesta in modi clamorosi soprattutto nelle aule scolastiche. Purtroppo pare sia in aumento il numero di **insegnanti che**, a fronte di situazioni realmente problematiche rispetto alle quali si sentono impotenti ed impreparati, **chiedono aiuto alla psichiatria**, rivolgendosi al servizio di NPI per consigli e suggerimenti o per **richieste di "certificazione" di handicap**, oppure suggeriscono **invitano i genitori** a rivolgersi al pediatra per qualche prescrizione farmacologica "... solo per permettere al/alla figlio/a ed alla classe di lavorare!".

³ SPECCHIO (suppl. de La Stampa), 21/05/2005

⁴ Bambini e psicofarmaci, nuova emergenza sanitaria, pieghevole

Gli stessi **insegnanti** che lamentano spesso di non essere ascoltati dai genitori, **talvolta contribuiscono** ad una loro inutile ed immotivata **colpevolizzazione** ed entrano a far parte della schiera che oggettivamente influenza decisioni così importanti **dei genitori**.

Questi docenti influenzano, essendo a loro volta stati influenzati, e contribuiscono a potenziare quella posizione sociale, prima richiamata, che medicalizza i propri problemi. Spesso involontariamente, risolvendo in modo semplicistico e deresponsabilizzante un enorme problema anche di etica professionale, contribuiscono alla costruzione del clima, prima accennato, di sottostima dell'importanza dei contesti e delle relazioni psicosociali che è concausa di non poche forme di disagio minorile. Con l'avvio di una terapia di tipo farmacologico si rischia la chiusura di un "circolo vizioso" in cui si giustifica la carenza nella ricerca di interventi educativi e didattici mirati che, anche per l'effettiva remissione dei sintomi, sempre più verranno giudicati superflui.

<E' bene allora ricordare che si possono registrare effetti positivi nel controllo dell'impulsività, dell'iperattività e dell'attenzione, per la durata della somministrazione del farmaco; i disturbi invece dell'apprendimento, della condotta e le difficoltà di interazione sociale richiedono interventi di natura diversa. Generalmente comunque la terapia farmacologia è cronica, perché se viene sospesa la somministrazione del farmaco – in assenza di interventi di tipo psicologico e pedagogico-didattico – il bambino in breve tempo tende a ripresentare la stessa sintomatologia>.⁵

Questo, in estrema sintesi, è il quadro delle problematiche relative alla cd ADHD e mi pare più che sufficiente per **riaprire** anche fra i lettori e sostenitori di "Handicap&Scuola" **un utile dibattito** a partire dall'invito a considerare anche-e-ancora l'ipotesi che la stessa sintomatologia possa non essere ridotta ad una sindrome, ma letta come una costellazione di sintomi che possono rimandare a cause numerose e diverse ... almeno nella stragrande maggioranza dei casi! D'altra parte, lo ricorda il materiale della campagna *GiùleManidaiBambini*, non troppi anni fa anche l'omosessualità era classificata fra le malattie mentali!

Ricordo come non troppi anni orsono nelle classi differenziali venivano raccolti tutti coloro che "non si riusciva a gestire" nelle classi normali; così come in alcune famiglie venivano utilizzati strani impacchi a base di papavero, alcolici, il gas (sì, proprio il gas domestico!) o altre "diavolerie" con i bambini e le bambine che "non stavano mai fermi".

Il **dubbio** su cui lavorare, la domanda a cui rispondere con profonda sincerità (senza voler tirare in ballo il solito disadattato e ritardato mentale Einstein), è quanto di questo aspetto di una modernizzazione psichiatrico-chimica non sia una **nuova soluzione di facciata** per un vecchio problema **che riguarda più noi adulti** che i bambini e le bambine che non riusciamo a sopportare-educare.

In gioco è nuovamente il principio e la pratica dell'inclusione, l'accettazione e valorizzazione delle diversità a livello educativo nel gruppo classe e poi a livello sociale più ampio.

Mi pare che si tratti del migliore contributo che chi si occupa di educazione ed istruzione possa fornire alla ricerca, con un approccio educativo in cui il "**prendersi cura**" del bambino o della bambina si coniughi **con** il suo **rispetto**, non si risolva mai solo in un rapporto isolato-solitario tra lui/lei e la scienza, e si nutra di quell'**ottimismo pedagogico** non visionario ma scientificamente ed eticamente sostenuto da studiosi con visioni del mondo anche differenti del calibro di Montessori, Freinet, Feuerstein, per fare solo qualche esempio.

⁵ Cesare Cornoldi, Iperattività e autoregolazione cognitiva, Erickson 2001, pag. 188