

CHIARA GAZZOLA

DIVIETO D'INFANZIA

PSICHIATRIA, CONTROLLO, PROFITTO

NUOVA EDIZIONE
AGGIORNATA

IN COLLABORAZIONE CON

SEBASTIANO ORTU

BS
EDIZIONI

illustrazione di copertina:
radiozimbra



BFS
EDIZIONI

2018 bfs edizioni
Biblioteca Franco Serantini
via I. Bargagna, 60 – 56124 Pisa
tel. 050 9711432
info_bfsedizioni@bfs.it
www.bfs.it/edizioni

Nuova edizione aggiornata
ISBN 978-88-89413-97-5

- 7 Premessa alla nuova edizione
 - 9 Prefazione
 - 13 Il pensiero sbagliato
 - 23 Il controllo psichiatrico sull'infanzia
 - 30 L'ADHD in USA
 - 34 In Italia: non solo ADHD
 - 43 Scenari futuri
 - 47 Appendice
 - 51 Questionario *DSM-IV / ICD-10*
- AGGIORNAMENTI ALLA SECONDA EDIZIONE
- 59 Il *DSM-5* e le nuove nomenclature
 - 65 ADHD: dal *Protocollo diagnostico/terapeutico al Registro nazionale*
 - 71 La scuola tra mercato e controllo sociale

80 Disabilità e sostegno scolastico

83 "Disturbi, disagi e svantaggi": i BES

88 Dalle certificazioni alla somministrazione di psicofarmaci

90 Pedagogia e clinica: due ambiti contrapposti

PREMESSA ALLA NUOVA EDIZIONE

Dieci anni fa la prima edizione di *Divieto d'infanzia* lanciò un allarme sulla prescrizione di psicofarmaci nell'età infantile e adolescenziale. Oggi assistiamo a un continuo e progressivo incremento del consumo degli stessi da parte di tutta la popolazione mondiale.

Durante gli anni della cosiddetta crisi economica globalizzata, il dato ha registrato un rialzo dei profitti dell'industria farmaceutica. E questo un mercato, insieme a quello bellico, che non conosce crisi; una parte sostanziale dei ricavi derivano dalla vendita di molecole candidate ad alleviare sofferenze psicologiche che hanno la loro causa in problematiche sociali originate da un divario economico sempre in aumento, da ingiustizie sociali, da pregiudizi, da traumi e drammaticità subite da vittime spesso inermi.

Si è reso quindi necessario un aggiornamento, per dare un doveroso spazio all'ultima edizione del *DSM* e all'inserimento di nuove nomenclature diagnostiche dedicate all'infanzia e all'adolescenza; ai recenti documenti ufficiali riguardanti l'ADHD in Italia; ai dati disponibili su altre patologie psichiatriche e ai loro farmaci d'elezione nel mercato nazionale; a un indispensabile sguardo ai progetti di medicalizzazione che coinvolgono le scuole (*screening* e altre modalità di certificazione diagnostica che vedono spesso il loro esordio nell'individuazione di BES o DSA) e alle possibilità concrete per ostacolare questa tendenza.

Per una scelta editoriale le note, il glossario (utile per chiarire i molti acronimi utilizzati) e la bibliografia non vengono pubblicate nel cartaceo e sono reperibili all'indirizzo

<http://www.bfs.it/edizioni/files/prefazioni/233.pdf>

Prefazione

Le società si permettono solo le malattie che sono capaci di curare (...) ecco spiegato il motivo che induce la nostra cultura, proprio in ragione della sua scienza e delle sue tecnologie che scoprono sempre nuovi rimedi, a generare a getto continuo nuovi malanni, fino a rappresentarsi come società assediata dai mali fisici.

Pierre Clastres, *Archeologia della violenza*

Per ciascun individuo, e in qualsiasi contesto culturale, l'ambito relazionale è un elemento che qualifica l'esistenza. Nel corso della vita di una persona non esistono fasi prive di problematiche e di conflitti proprio perché la crescita è un susseguirsi di scelte ed è accompagnata da piccoli e grandi traumi che caratterizzano l'essenza stessa dell'evoluzione esistenziale; tutto ciò a prescindere dalle convenzionali suddivisioni che chiamiamo infanzia, adolescenza, età adulta, anzianità etc.

Anche i bambini quindi possono incontrare delle difficoltà che hanno uno stretto legame con la qualità delle relazioni interpersonali e i condizionamenti culturali e ambientali. Può succedere che un bambino considerato "problematico" in un dato contesto sociale, non lo sia se inserito in una situazione diversa, oppure che il giudizio degli adulti su un medesimo comportamento assuma valenze positive o negative, a seconda di quali siano i criteri educativi.

Siamo tutti parte di una società che richiede sempre più efficienza e concorrenzialità, in cambio ci viene offerta una precarietà sempre più diffusa che genera senso di inadegua-

tezza e ostacola la percezione di prospettive di emancipazione; il carico di stress a cui siamo sottoposti risulta spesso insopportabile e lo stress non è una prerogativa adulta. La cultura occidentale tende sempre più a medicalizzare tutti gli eventi naturali della vita: fasi di crescita, gravidanza, parto, menopausa, approccio al cibo e alla sessualità, con un palese accanimento nei confronti delle donne. L'esistenza di bambine, e bambini, è sempre più strutturata in un'organizzazione spazio-temporale che lascia pochi ambiti aperti alla libera creatività ed è rigidamente scandita dall'orologio; le loro giornate sono spesso così preordinate da impegni e da un'incredibile dose di stimoli da renderle poi noiose quando non ricevono le suggestioni degli adulti. Tutto ciò può originare senso di inadeguatezza e di antagonismo, ad esempio quando non riescono a soddisfare le richieste di una scuola meritocratica, non possono acquistare il prodotto all'ultima moda, non sono in grado di primeggiare. Non è sempre facile possedere e dimostrare capacità di adattamento, il comportamento può manifestare elementi che contrastano le aspettative della collettività adulta (genitori, parenti, insegnanti, educatori)... e, proprio da adulti, dovremmo chiederci su quali criteri si formino queste aspettative. Su ciò che prevediamo debba essere il loro futuro? In base a un'organizzazione sociale che li veda inseriti nella corsa all'efficienza a tutti i costi? Sulla pseudo-consepevolezza di sapere quale sia il loro bene?

Per anni si è affermata la necessità di attuare approcci educativi a misura di bambino e le differenti scuole di pensiero si sono confrontate sulla base di esperienze pedagogiche, cercando di comprenderne i bisogni. Ogni relazione interpersonale rappresenta una storia unica e irripetibile; attraverso i tanti "perché" che rivolgono, e che presuppongono risposte anche sul piano razionale e verbale, i bambini richiedono la nostra attenzione: ci distolgono dalle nostre occupazioni perché siamo per loro un punto di riferimento essenziale. Non è facile essere presenti e allo stesso tempo

non invadere la dimensione fantastica dell'infanzia; se il nostro intento è di aiutarli ad acquisire autonomia, dovremmo cercare un equilibrio fra l'autorevolezza e la capacità di lasciarsi liberi di scegliere, fra la responsabilità e il rispetto.

Molti genitori manifestano l'esigenza di un supporto psicologico che li aiuti ad affrontare il rapporto con i figli. La complessità di ogni esistenza rappresenta quel criterio di base che ci dovrebbe portare a essere molto cauti nella tentazione di sentenziare giudizi sul profilo psicologico altrui; se uno psicologo supporta genitori o insegnanti nelle problematiche relazionali ed è in grado di fornire spunti di riflessione per meglio affrontare dubbi e difficoltà, è facile che gli stessi conflitti vengano analizzati come fase di crescita e trovino un superamento nel rispetto di tutti gli attori interessati. Gli adulti sono sempre in grado di chiedersi e capire ciò che un bambino vuole comunicare, o l'obiettivo che ci si pone è di normalizzarlo, impedendogli così di esprimere la propria unicità?

L'attuale tendenza della pedagogia e della psicologia dell'età evolutiva è proprio quella di farsi/coadiuvare dalla neuropsichiatria ogni qualvolta un "elemento di disturbo" contrasta con i programmi formativi; il "disagio" comportamentale invece di essere valutato come un campanello di allarme nella relazione adulto-bambino, viene incasellato come un difetto del bambino: l'educatore così - deresponsabilizzato e dispensato dal dover modificare il proprio approccio educativo - delegherà a un esperto il problema (reale o apparente che sia), il quale lo affronterà dal punto di vista della salute mentale. La pedagogia di stampo più repressivo si rinnova nel tentativo di contenere chimicamente quelle condotte non riconducibili alla norma; così si elimina la soggettività, si disciplina quella potenziale libertà presente nell'infanzia che, attraverso desideri e aspirazioni, porterebbe a una personale interpretazione dell'esistenza.

Nonostante le carenzi dimostrazioni scientifiche, si dice che molti "disturbi" abbiano una radice genetica; vi è un

costante aumento della prescrizione di psicofarmaci nell'età infantile e adolescenziale anche quando la tossicità e il danno neurologico supera la presunta efficacia, valutata spesso limitatamente al controllo della sintomatologia. Non è facile reperire dati certi (coperti anche da una sorta di *privacy* di tutela dei minori) che ci aiutino a capire questo mondo sommerso; agli addetti ai lavori interessa dire quel tanto che basta per far capire che ci dobbiamo fidare di loro, mentre il silenzio cala sulle singole e reali esperienze.

Non è questo un argomento sul quale si possa agire con approssimazione, né nel sentenziare diagnosi, né nell'affermare che non esistono conflitti e che ovunque si interverga ci sia una volontà speculativa a danno dei bambini. Si sono verificati ad esempio casi di bambini intossicati da mercurio contenuto nei vaccini¹ che hanno manifestato comportamenti molto simili a quelli che i medici associano alle diagnosi psichiatriche; dove la causa è stata ben recepita si è lavorato per disintossicare il bambino con un evidente miglioramento della sua qualità di vita, dove si è ricorso agli psicofarmaci il percorso si sia dimostrando a dir poco lesivo per il sistema neurovegetativo del soggetto e l'equilibrio dell'intero nucleo familiare. Le cause dei malesseri psicosici possono essere varie, non vanno negate bensì affrontate; la paura, la vergogna, i tabù culturali conducono all'isolamento e all'incapacità di condivisione interrelazionale e, a questo punto del percorso, la qualità dell'aiuto diventa fondamentale. Con questo opuscolo proviamo a fare un po' di chiarezza, a capire che cosa sta succedendo e quali potrebbero essere le conseguenze sulle future generazioni.

Il pensiero sballato

*Siamo abbastanza liberi da essere capaci
di non interferire nella vita di un'altra persona,
quale che sia la sua età?*

Alexander Neill, *Summerhill*

Il termine «follia» da secoli serve a identificare persone che esprimono un pensiero non condiviso. Nel Medioevo e nell'epoca della Riforma la follia veniva individuata come un'afflizione dell'anima, imputata quindi a una causa sovranaturale di origine diabolica o divina: la follia serviva a bollare streghe, eretici o santi. Nonostante le tradizioni culturali non abbandonino del tutto questo pregiudizio, l'Illuminismo rifiutò questo concetto e introdusse spiegazioni razionali.

Richard Mead (1673-1754) sostenne che il delirio fosse un difetto del corpo, George Cheyne (1671-1743) ipotizzò un'interazione del sistema vascolare e nervoso con il cervello, per cui i disturbi delle facoltà mentali furono interpretati come una disfunzione dell'apparato digerente o nervoso, William Cullen (1710-1790) studiò la follia come un disturbo psichico da ricercare nella neurofisiologia dinamica. Successivamente venne introdotto il concetto di malattia della mente affidando al medico un'azione terapeutica che ripristinasse nel paziente l'integrità delle facoltà di giudizio e delle proprie volontà. Il ruolo del medico divenne quello di guardiano della condotta moralmente accettabile: da questa concezione nasce la psichiatria come disciplina medica e, come prova di scientificità, tra la fine del XVIII e l'inizio del XIX secolo, vennero pubblicati molti trattati di analisi di casi clinici; contemporaneamente le case di internamento, soprattutto private, aumentarono straordinariamente di numero. Per le cure si usavano diverse sostanze, a seconda se il malato doveva essere sedato o eccitato; l'oppio, ad esempio, era liberamente prescritto per entrambi gli scopi. Si faceva ampio uso di salassi, diete debilitanti, purghe per eliminare

le tossine, bagni ghiacciati, scosse elettriche, catene e carnicie di forza. Un corpo quieto avrebbe reso la mente più disponibile alla ragione.

Nell'Età dei Lumi quindi il controllo sociale viene in parte sottratto al clero e demandato alla psichiatria che da allora prosegue la sua azione coercitiva. Moltissime organizzazioni sociali hanno penalizzato le donne fin dalla più tenera età. Se una società si basa sul potere maschile, il destino di una donna è già segnato nella sottomissione: l'unica ribellione concessa è caratterizzata da episodi che, a seconda dei contesti storici e culturali, vengono definiti «convulsioni», «isterismo», «devianza» etc.

Nel Settecento questi comportamenti venivano definiti «vapori» e spiegati come disturbi tipicamente femminili di origine sessuale; benché gli psichiatri definissero l'isterismo come una patologia organica, la cura era il matrimonio o, in alternativa, metodi adatti a spegnere tali vapori: isolamento, minacce, fustigazioni, immersioni in acqua gelida o ... il ricovero in convento.

Particolarmente problematiche risultavano l'eziologia e la terapia dei disturbi psichici femminili. L'isteria divenne una diagnosi in voga per i medici che si trovavano di fronte a una serie di sintomi bizzarri e imprevedibili manifestati soprattutto da pazienti di sesso femminile — dolori nell'area genitale e addominale, che si irradiavano dalla testa ai piedi o si sviluppavano all'interno dell'area toracica, provocando una compressione della gola (il cosiddetto *globus hystericus*), contratture, tic e spasmi, paralisi. Thomas Willis (1621-1675), il pioniere della neurologia del XVII sec., osservava che ogniqualvolta nel corpo femminile si verificava una patologia di tipo insolito o misterioso, cosicché la sua eziologia restava oscura, e vi era la più totale incertezza in merito alle indicazioni terapeutiche, si diagnosticava un disturbo isterico, la qual cosa spesso non era altro che il sotterfugio dell'ignoranza. Anche i medici dell'epoca illuminista dichiaravano il loro sconcerto di fronte all'enigma delle corrispondenze tra i fenomeni psichici e quelli fisiologici?

Nel corso dei secoli, e ovunque abbia dedicato la propria attenzione alle donne, la psichiatria ha dimostrato una maggior caparbia sia nella formulazione delle diagnosi sia nella scelta delle cure; i reparti femminili degli istituti manicomiali videro un maggior accanimento da parte di medici e infermieri. Per una società improntata su valori maschili, i comportamenti fuori norma di una donna rappresentavano un fallimento e, come in ogni cultura totalitaria, la soluzione viene ricercata unicamente nell'attuazione di provvedimenti repressivi.

Quando Cesare Lombroso (1835-1909) nel 1864 scrisse *Genio e follia* — associando le anomalie fisiche alla degenerazione morale — si avviò una pratica repressiva mirata a rinunciudere, soprattutto nei manicomii criminali, individui accusati di delinquere sulla base delle loro caratteristiche somatiche. Successivamente Lombroso ricoprì cariche istituzionali all'interno delle università e dei manicomii e la sua impostazione influi notevolmente anche sulle legislazioni. Gli psichiatri hanno sempre utilizzato metodi repressivi e crudeli, le pratiche adottate sono state definite da loro stessi «terapie di annientamento». Provocare febbri malariche o coma insulnico, recidere il clitoride, praticare elettroshock, asportazione di ovaie, castrazione o lobotomia, intossicare con psicofarmaci, tenere le persone rinchiuso e legate privandole di dignità ed effetti personali: queste le cure alle «malattie della mente», questo il sistema razionale contro il pensiero irrazionale!

I primi collaboratori di Hilder, nel progetto di esclusione delle persone indesiderate perché improduttive e di selezione per la razza pura, furono degli psichiatri: i primi ospiti dei lager furono «handicappati» e «nati», a danno dei quali si cominciarono ad attuare pratiche di asportazione del cervello e altre sperimentazioni che portarono all'attuazione dell'eutanasia eugenetica.

La psichiatria, che già si presentava fortemente affiliata all'ordine pubblico e da essa giuridicamente dipendente, nuttendo-

si delle tecniche della contenzione e della separazione anche attraverso l'uso del manicomio, non faceva fatica a fare suo il mito del superuomo e della difesa della razza, offrendo e sciottando al potere nuove e sofisticate "cure" fino a spingersi alla somministrazione dell'eutanasia. [...] La malattia mentale, che portava con sé le stimate della diversità, finì da quella psichiatrica e dal nazismo per essere sempre più identificata come grave colpa: chi era portatore, venne punito, dapprima in maniera parziale (dal contenimento alle pratiche di shock) in seguito in maniera totale con l'annientamento. [...] Vi è pertanto bisogno che si allentino le sentinelle della libertà affinché non abbiano più a coprirsi simili tragedie. Queste sentinelle non sono le vaghe ed inconsistenti sensazioni dei fatalisti, tanto meno gli appelli periodici e ritrattati ad una solidarietà priva della tensione alla parità, bensì la costante attenzione e verifica alla pratica dei diritti degli uomini, di tutti gli uomini. Non appaia azzardato il termine "coprire" perché la scienza psichiatrica tra il 1934 e il 1944 si rese corresponsabile: della sterilizzazione di 350.000 persone; della morte di 70.000 pazienti psichiatrici, dichiarati incurabili da un gruppo di psichiatri; della morte dell'80% dei pazienti psichiatrici morti negli Ospedali psichiatrici per fame, per infezioni e maltrattamenti. [...] In Europa in quegli anni non ci si impegnò per difendere gli ultimi, tantomeno in Italia, dove la mortalità nei manicomii passò dal 6% nel decennio 1930-'40 al 14% nel triennio 1942-'44³.

Gli psichiatri supportarono il regime fino alla fine, ma non furono accusati di connivenza, al contrario la Germania postnazista trovò loro luoghi di prestigio e continuarono ad agire seguendo la prassi di questa disciplina. Lo stesso Hitler venne successivamente giudicato "pazzo" e il nazismo interpretato come espressione della follia di un'unica persona, ma nessuno azzardò simili definizioni quando costituiva un potere. Ogni governo si avvale della collaborazione degli psichiatri per attuare pratiche repressive: potremmo cercare una differenziazione nei metodi ma non nella sostanza, poiché tuttora questa disciplina presenta le stesse caratteristiche e ricopre un medesimo ruolo sociale.

Ad Antonio C. Moniz (1874-1956), neurologo portoghese che lega il suo nome alla lobotomia prefrontale, nel 1949 è stato assegnato il premio Nobel. I metodi utilizzati in psichiatria cambiano secondo il periodo storico o il contesto, rimane costante la privazione della libertà: a nessun paziente psichiatrico viene chiesto il consenso alla cura, se manifesta un rifiuto questo diventa prova di malattia (anche l'inquisizione condannava le streghe in base alla sopportazione che dimostravano sotto tortura).

Se il metodo coercitivo viene definito "cura" o "aiuto" diventa lecito. L'elettroshock⁴ e la lobotomia sono oggi meno utilizzati, ma non sono stati aboliti; la sedazione chimica ottiene oggi risultati efficaci: chiunque sotto l'effetto di sostanze psicotrope modifica il proprio comportamento ... in psichiatria questa diventa una prova dell'esattezza dia-gnostica!

Sono molte le sostanze che possono modificare il nostro approccio alla quotidianità o possono aiutarci a sopportare fatiche e difficoltà; alcune sono legali, altre no e non è il livello della loro tossicità a renderle tali. Molti psicofarmaci rientrano nella categoria delle droghe, quando però a prescriverle è un medico diventano medicine; il soggetto che le assume per scelta personale è considerato un tossicodipendente, se glielne prescrive un medico diventa un "malato".

L'assunzione di psicofarmaci genera un'alterazione nel sistema neurologico e instaura nel paziente un'ambigua consapevolezza che lo porta a sentirsi incapace di risolvere il proprio malessere senza l'aiuto di un esperto.

La psichiatria fonda la sua essenza su giudizi morali, quindi soggettivi, ma fin dall'inizio si presenta come disciplina medica e, per essere riconosciuta come tale, deve essere in grado di definire le patologie. Le alterazioni biochimiche che, tramite TAC, sarebbero la prova oggettiva delle malattie mentali, sono le stesse che si possono evidenziare quando una persona è soggetta a forti emozioni quali l'innamoramento o la paura. Occuparsi di psiche, significa inte-

ressarsi della mente umana, la mente però non è un organo del nostro corpo, la mente non è il cervello... sarebbe come affermare che l'anima è una parte del corpo. L'Illuminismo separò i concetti di mente e di anima, lasciando ai sacerdoti e ai teologi di ogni religione la seconda; della prima cominciò invece a occuparsi la psichiatria. La suddivisione delle competenze da allora ha generato, e genera, conflitti ma anche interazioni (sia perché gli esercizi vengono tuttora praticati nei casi in cui una qualsiasi patologia psichica viene successivamente definita come possessione demoniaca, sia per le modalità di gestione delle istituzioni dove vengono "curate" quelle persone che un tempo venivano chiamate alienate, isteriche, nevrotiche, melanconiche e che ora si giudicano depresse, schizofreniche o affette da psicosi).

Anche la psicanalisi, con i diversi approcci prodotti da scuole di pensiero spesso contrastanti tra loro, si occupa della mente e delle cause che scatenano la sofferenza psichica: analizza la qualità della vita, le relazioni, i traumi infantili, il contesto familiare e sociale, i condizionamenti culturali. Ogni individuo ha una sua storia, un approccio soggettivo alle situazioni, una reazione personale alle difficoltà e un modo di pensare che lo differenzia.

Se incontrassimo una persona che ci dice di essere un cavallo, il pregiudizio ci porterebbe a pensare che siamo di fronte a un matto; sappiamo però che le culture che creddono nella reincarnazione darebbero a questa affermazione una valenza positiva. Ogni cultura definisce la propria norma comportamentale, il "giusto" modo di fare nei luoghi appropriati; la diversità di pensiero e di condotta può scatenare una non accettazione da parte della comunità: paradossalmente è la maggioranza conformista a sentirsi minacciata da chi non si integra perché si trova ad affrontare una situazione che non capisce e non vuole accettare.

La norma comportamentale è un concetto culturale e non ha niente a che fare con il funzionamento del cervello, nonostante ciò vi è un pregiudizio fortemente radicato nella

nostra cultura che definisce "sano" il cervello di un individuo che rispetta le leggi e le convenzioni sociali.

La persona che esprime un pensiero non condiviso viene spesso esclusa e giudicata malata perché in quell'idea viene percepito qualcosa di spagliato: molti artisti, letterati, musicisti, dissidenti politici hanno conosciuto la detenzione manicomiale. Molte persone vengono psichiatrizzate semplicemente perché non accettano di integrarsi nei ruoli imposti dalla società, anche quando non vivono uno stato di sofferenza.

La psichiatria sancisce la normalità e stabilisce, attraverso la definizione di patologie, le anomalie.

Se fosse veramente una specializzazione della medicina, le patologie sarebbero comprovate da esami clinici; al contrario gli psichiatri stilano le loro diagnosi attraverso un giudizio soggettivo dei "sintomi" comportamentali.

Le patologie psichiatriche cambiano a seconda dei contesti storici e culturali: fino a non molti anni fa l'omosessualità era considerata una malattia, la tendenza attuale è quella di far rientrare nelle patologie psichiche l'inclinazione al gioco d'azzardo, l'infedeltà coniugale, la poligamia e, come vedremo, quei comportamenti infantili o adolescenziali che disturbano il quieto vivere degli adulti.

Si verifica poi una voluta confusione tra i deficit neurologici, ai quali la medicina dà una spiegazione organica, e la sofferenza psichica, della quale ogni persona potrebbe parlare basandosi sulla propria esperienza.

Chi potrebbe affermare di non aver mai attraversato momenti di depressione? Le delusioni, i traumi, le insoddisfazioni non ci possono rendere felici; il superamento di questi brutti momenti dipende da strategie personali, dalla qualità delle relazioni umane che ci sappiamo costruire, dai progetti che ci coinvolgono. Se invece accettiamo questo stato come una malattia, delegando a esperti la soluzione, potremmo rimanere vittime di un sistema coercitivo che ci toglie la volontà e la possibilità di reagire, diventando nostro malgrado

clienti a vita delle multinazionali del farmaco. Ecco perché vi sono finanziamenti alla ricerca genetica che hanno lo scopo di trovare molecole di DNA responsabili di presunte patologie e, nonostante fino a questo momento le spiegazioni scientifiche siano approssimative e arbitrarie, si tende a considerare deviante persino la timidezza.

La critica alla psichiatria si basa spesso sui metodi di cura: la contenzione fisica e chimica. In Italia la legge 180 del 1978 (legge Basaglia) mise in discussione soprattutto le istituzioni manicomiali, ma delegò agli stessi psichiatri la soluzione: il loro ruolo di potere non è mai venuto meno. Questa legge introduce il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) che sempre più si rivela come uno strumento repressivo. Chi ne viene colpito deve sottostare al ricovero anche in assenza di una giustificazione plausibile: recentemente sono state colpite da TSO psichiatrico alcune persone che si sono ribellate allo sfratto. Può bastare la segnalazione di un conoscente che denuncia comportamenti strani; l'individuo colpito da TSO, anche quando tenta di dare la propria versione dei fatti, non viene ascoltato: il suo pensiero viene interpretato in quanto dimostrazione di malattia.

Molte persone vengono psichiatrizzate perché non accettano di normalizzare le proprie scelte in base alle regole della società; ogni caso di ricovero coatto è la dimostrazione di un esercizio di potere a danno di chi non può dimostrare credibilità.

I manicomi giudiziari⁵ sono tuttora esistenti e i metodi applicati al loro interno sono gli stessi di decenni fa, per le altre istituzioni di ricovero vi sono sul territorio situazioni differenti. Le modalità di approccio alla salute mentale cambiano a discrezione degli operatori presenti, ma difficilmente agli utenti di questi servizi viene garantita una facoltà sulle scelte decisionali importanti. Continuano a essere considerati solamente come utenti, non come persone: ne è prova il fatto che non posseggono le chiavi, intese in senso materiale come strumento per entrare e uscire dal luogo in

cui si trovano e in senso figurato come possibilità di essere protagonisti della propria esistenza.

Gli attuali filoni che sottintendono la pratica psichiatrica si possono suddividere in quello organicista, che tramite una sorta di ritorno alle tesi lombrosiane cerca una giustificazione genetica per modernizzarsi, e quello più democratico, che mira ad abolire le pratiche più invasive ma che, continuando a bollare le malattie mentali, ripropone il medesimo stigma, schemi di controllo, isolamento e privazione di libertà.

La classificazione delle patologie prende il via dallo studio degli effetti terapeutici di uno o più psicofarmaci; ciò significa che quando si vuole immettere sul mercato un principio attivo viene definita una diagnosi adeguata per curare i sintomi che il farmaco sopprime. «È ciò che in letteratura chiamiamo *disease mongering*, ovvero definire nuove sindromi per consentire sperimentazioni di farmaci» spiega Roberto Raschetti, dirigente dell'ISS in un'intervista su «Il Venerdì di Repubblica» del 21 marzo 2008. Ogni patologia psichiatrica ha la sua sostanza di elezione e la sua efficacia viene ritenuta sufficiente per convalidare una diagnosi.

Le aziende farmaceutiche mediamente spendono in *marketing* circa il doppio di ciò che investono in ricerca, la quale viene svolta direttamente oppure dalle facoltà scientifiche universitarie. I medici ricevono le informazioni su farmaci di ogni tipologia esclusivamente dalla ditta produttrice attraverso gli informatori istruiti per la vendita, i quali hanno poi accesso ai dati delle prescrizioni in modo da poter individuare la permeabilità delle strategie di commercializzazione e poter premiare le collaborazioni più cospicue. È pure vero che un medico può consultare pubblicazioni scientifiche, partecipare a convegni o corsi di aggiornamento, ma anche questi sono spesso sponsorizzati dalle case farmaceutiche.

I docenti universitari e gli esperti chiamati a stilare linee-guida dedicate a farmaci o patologie non sempre possono agire affidandosi solamente alle proprie conoscenze scientifiche,

soprattutto nei casi in cui svolgono la loro professione grazie al sostenimento delle multinazionali farmaceutiche. La stessa FDA (l'istituzione che garantisce la sicurezza di farmaci, prodotti biologici, alimenti e cosmetici negli USA) non è indipendente e le verifiche sugli effetti di una molecola dimostrano accondiscendenza alle informazioni ricevute dall'azienda produttrice. Quando un prodotto viene ritirato dal commercio o scattano risarcimenti ai pazienti per i danni patiti, l'azienda in genere subisce un danno d'immagine momentaneo mentre le responsabilità verranno suddivise e smunte.

Contemporaneamente le ditte concorrenti ne approfittano per lanciare sul mercato un prodotto alternativo. Come in seguito alle polemiche suscitate dal Ritalin: la Ely Lilly propagando lo Strattera come farmaco sicurissimo ed efficace per la cura dell'ADHD (*Deficit dell'attenzione e iperattività*) salvo poi dover ammettere che «le compromissioni al fegato causate dal medicinale possono produrre gravi danni, che possono portare alla morte o alla necessità di un trapianto di fegato»⁵. Questa casa farmaceutica nel 2007 fu accusata di aver occultato i risultati di uno studio scientifico sul Zyprexa, psicofarmaco somministrato anche in età pediatrica, comprovanti effetti collaterali rilevanti, come gravi forme di diabete. Anche per il Cylert (della Abbott) si negavano componenti di rischio ma la sua assunzione ha provocato diversi decessi e, a fine 2005, è stato ritirato dal commercio. Nella pratica psichiatrica il parere degli esperti risulta dunque altamente influenzato da bisogni e strategie di mercato.

La posizione dominante della farmacologia all'interno della pratica clinica negli ambiti di salute mentale, unitamente a rigide procedure diagnostiche, sostituisce spesso approcci più completi che mirerebbero a cercare, nella complessità delle situazioni, una soluzione attraverso una collaborazione con tutta la rete relazionale del soggetto.

Quando una procedura diagnostica (spesso costituita dalla compilazione di test e griglie) viene approvata, il suo utilizzo all'interno delle strutture, pubbliche e private, diven-

ta essenziale affinché vengano stanziati i finanziamenti o i rimborsi da parte delle compagnie assicurative. Un operatore sanitario potrebbe perfino essere denunciato per condotta non professionale se non la osservasse. Anche quando viene dichiarato che ci si attiene a un approccio bio-psico-sociale, con la motivazione del contenimento dei costi e dell'ottimizzazione delle risorse, si introducono dei livelli di produttività che riducono i tempi di durata delle visite agli utenti; possono bastare 15 minuti e, in modo approssimativo e semplicistico, una persona diventa un paziente dei servizi psichiatrici, magari con una diagnosi di schizofrenia a cui viene aggiunta prima l'amministrazione di sostegno e poi l'interrizione.

La psichiatria si avvale di metodi che difficilmente migliorano le condizioni di vita di una persona; e nella facilità di stilare diagnosi va individuata l'essenza del suo potere di controllo sociale. Alcuni decenni fa cominciò a occuparsi di adolescenti e con la neuropsichiatria anticipa il suo intervento sull'infanzia.

Il controllo psichiatrico sull'infanzia

La psichiatrizzazione dell'infanzia, che può avvalersi anche del TSO, viene applicata non in base a criteri universali, che qualcuno definirebbe scientifici, ma con grandissime differenziazioni sul territorio.

Dove è maggiormente strutturato il lavoro dei centri specializzati in neuropsichiatria (pubblici e privati), si verifica un'incidenza più alta di diagnosi e un accanimento maggiore nella registrazione dei piccoli pazienti da trattare farmacologicamente; è importante sottolineare che nei territori dove ciò accade vi è sempre un sostegno istituzionale e politico. Teoricamente tutti gli operatori educativi e sanitari concordano nell'affermare che ci vuole cautela nello stilare diagnosi, così come nella scelta delle cure. Negli ultimi anni però l'autorizzazione alla prescrizione e alla vendita, a partire dai sei anni

di età, di metilfenidato (Ritalin) e di flouxetina (Prozac, del quale dal 2000 al 2007 sono raddoppiate le prescrizioni a minori) incentiva anche la facilità di certificazioni diagnostiche.

La comunità scientifica su questo argomento è molto divisa, sia per quanto riguarda le modalità di approccio all'infanzia, sia per quelle utilizzate nello stilare le diagnosi, sia infine per le scelte terapeutiche. Gli operatori a orientamento psicodinamico, ad esempio, associano le condotte che rientrano nella diagnosi di ADHD a problematiche di tipo affettivo o emozionale.

Esistono, pure a livello istituzionale, realtà che dichiarano di non ricorrere alle cure farmacologiche ma di attuare progetti educativi (tramite anche arteterapia e musicoterapia) ottenendo risultati importanti. Vi sono poi specialisti in pediatria che hanno riscontrato deficit uditivi o di convergenza ottica in bambini precedentemente diagnosticati con deficit dell'attenzione. Alcune personalità di spicco (psicologi, pedagogisti, pediatri, sociologi) hanno espresso la loro netta contrarietà alla psichiatria sociale denunciando, oltre ad abusi e speculazioni, un'arbitrarietà di metodo.

Sulla diagnosi di ADHD abbinata alla somministrazione di Ritalin si focalizza tuttora a livello mondiale gran parte dell'interesse della neuropsichiatria organica, ma le certificazioni sono anche altre (in primo piano la depressione e poi la schizofrenia, le sindromi ossessivo compulsive, le alterazioni dell'umore, il disturbo bipolare con un aumento di quest'ultima diagnosi negli USA di 40 volte in 10 anni) e spesso confondono ambiti di deficit neurologici con "anormalità" di comportamento. Se si leggono le cartelle dei piccoli pazienti viene spesso evidenziata l'esistenza di un trauma affettivo (perdita di un genitore o di sorelle o fratelli, separazione dei genitori, scarsa integrazione nell'ambito sociale): nonostante ciò la diagnosi viene stilata su criteri clinici.

Si dice che il "disagio" ha giustificazioni nell'esperienza vissuta, che vi è la presenza di una patologia la quale può essere supportata da rimedi relazionali e educativi ma che

deve comunque essere trattata con farmaci. A livello mondiale l'età di insorgenza delle patologie si abbassa sempre di più. Se l'iperattività colpisce soprattutto i maschi, per le femmine nella maggior parte dei casi compare la depressione che si manifesterebbe addirittura a partire dai due anni!

Non ci si chiede più se una bambina riceve stimoli adeguati e attenzione, se trascorre le giornate davanti alla tv o a stretto contatto solo di adulti impegnati nelle loro attività, se ha la possibilità di stare all'aria aperta, di giocare con altri esseri umani della sua età e di sviluppare la propria creatività... la tristezza e la noia sarebbero sintomo di malattia, magari ereditaria, e l'unico cambiamento di approccio nella relazione con questa bambina starebbe nel farle prendere una pillola. In questi esempi non vi è alcuna esasperazione dell'accaduto, nelle cartelle cliniche o nel racconto di insegnanti e genitori le "anormalità" vengono descritte proprio in questi termini. Dai bambini ci si aspetta che stiano buoni e bravi nel seguire ritmi e modalità adulte: dovrebbero stare fermi nei banchi di scuola e seguire lezioni anche se noiose, stare zitti e tranquilli e non disturbare i genitori per non aumentare la dose di stress che subiscono da una quotidianità frenetica, imparare a essere umili quando ricevono dei comandi, etc.

Si è passati dal colpevolizzare la madre per ogni problematica espressa da un figlio, al catalogare come patologica ogni manifestazione di irrequietezza, assolvendo da ogni responsabilità gli educatori e delegando a esperti la soluzione che, nonostante le belle parole di contorno, si sintetizza nell'assunzione di uno o più farmaci.

Quando gli adulti faticano a comprendere razionalmente un messaggio lanciato da un bambino, non dovrebbero subito pensare a un "disagio"; potrebbero al contrario trarne spunti di riflessione riguardo la relazione instaurata col figlio o con l'alunno e sulla qualità di vita di quest'ultimo. Definire un comportamento come sintomo di malattia viene ritenuto sufficiente per scrivere una "corretta diagnosi": di conseguenza il bambino affronterà la propria diversità come

uno sbaglio, introietterà la malattia a tal punto da sentirsi difettoso e le sue future relazioni interpersonali saranno condizioniate da questo percepiti ammalato.

Nella maggior parte dei casi la segnalazione del cosiddetto "elemento di disturbo" o "elemento dalla condotta associata" parte dalla scuola, cioè da uno o più insegnanti che lamentano di non riuscire a svolgere le lezioni a causa del comportamento di un alunno. Quando interviene lo psicologo scolastico decide, a sua discrezione, se si è di fronte a un caso risolvibile o serva l'intervento di un esperto in neuropsichiatria; il medico osserverà il bambino e soprattutto ascolterà i giudizi degli educatori, genitori compresi, mettendoli a confronto. A questo punto fanno il loro ingresso quelli che vengono definiti "strumenti oggettivi", cioè questionari, dalle cui risposte deriverà il futuro di quel bambino. La maggior parte delle domande inserite nei questionari sono del tipo: «Mangia, dorme, gioca in modo normale?», «Parla molto?», «Prima di agire pensa?», «Ha comportamenti odiosi?», «È affidabile?».

Concetti che presuppongono risposte soggettive che dipendono dall'aspettativa adulta. Altre domande si basano invece su giudizi morali, come ad esempio: «Mente per evitare doveri?», «È disposto a perdonare?», «Si costringe a pensare certe cose per evitare che gli succeda qualcosa di grave?», «È gentile?», «Dice cattiverie?», «Fa irritare di proposito gli altri?», «È poco consapevole delle emozioni altrui?», «Si preoccupa poco della correttezza del suo comportamento nel passato?», «È tollerante?». Chiedersi inoltre: «Dice delle cose che difficilmente si capiscono», anziché affrettarsi a puntare il dito su un ipotetico errore infantile, dovrebbe servire all'educatore per valutare la propria capacità di comunicazione e di ascolto.

Vi è poi una serie di concetti che fissa quale debba essere la regola di comportamento da tenere in classe. Ciò significa stabilire a priori come debbano essere organizzate le scuole: «Sta molto attento ai dettagli quando fa i compiti a scuola?»,

«Sa aspettare il suo turno?», «È in grado di lavorare su qualcosa fino a che non l'abbia portato a termine?», «È disposto a fare qualcosa se viene richiesto da un adulto?», «Si agita in continuazione sulla sedia?».

Quando i bambini si distraggono non può essere a causa di lezioni noiose (nella forma o nel contenuto) o di una rigida strutturazione scolastica: secondo questi criteri a essere sbagliati non possono che essere i bambini.

Molte istituzioni sociali e scolastiche sembrano non porsi obiettivi di sviluppo delle capacità rielaborative, del senso critico, dell'analisi delle fonti, di approfondimenti interdisciplinari e della capacità ad acquisire argomentazioni per il confronto con gli altri. Il sapere è sempre più un insieme di nozioni che lo studente deve dimostrare di conoscere al momento dell'esame, poco importa se nulla rimane e se non si acquisisce un metodo di studio che incentivi la curiosità di conoscenza. Eliminando i cosiddetti "elementi di disturbo" si stabilisce anche il criterio sulla base del quale un individuo assimila il concetto di normalità, secondo i paradigmi della produttività.

Come dimostra tutta la storia della psichiatria non vi sono diagnosi stilate sulla base di esami clinici oggettivi, le patologie sono unicamente il frutto di un giudizio sancito sulla persona, sulla sua mente, sul suo comportamento, sulla sua presunta devianza da una norma. L'assunzione di psicofarmaci inoltre crea comunque e sempre un danno neurologico, soprattutto se forzata e non frutto di libera scelta: su persone che non hanno poi ancora terminato lo sviluppo di crescita dell'intero corpo e il cui sistema neurovegetativo è in evoluzione, i danni possono essere letali.

La trasmissione *Report* di Raitre del 20 aprile 2008 denuncia che negli Usa l'antidepressivo Zoloft (sertralina) della Pfizer - in commercio dal 1991 e molto utilizzato anche in Italia - viene somministrato a dieci milioni di minori e che alla sua assunzione vengono correlati casi di suicidi, a causa dello stato d'ansia che provoca.

In Inghilterra, distribuito con il nome di Lustral, la prescrizione è vietata sotto i 18 anni, mentre vengono somministrati Risperdal e Zyprexa.

In Italia 30.000 adolescenti, soprattutto di sesso femminile, sono curati dal Servizio sanitario nazionale (SSN) con antidepressivi — tra gli altri la paroxetina (Seroxat) — e l'istituto Mario Negri di Milano stima in 60.000 le famiglie che somministrano farmaci antidepressivi ai loro figli. L'Italia è il quinto mercato farmaceutico al mondo e il 12,4% delle vendite è coperto dagli psicofarmaci (tre milioni di euro in un anno); le Regioni dove vi è maggior consumo sono la Toscana, la Liguria e l'Emilia Romagna. A questi dati vanno poi aggiunti quei prodotti che non possono rientrare nelle cifre controllate dal SSN perché acquistati tramite internet.

I bambini rientrano in quelle fasce di cittadini che non godono di libertà giuridica, quindi a scegliere per loro vi sono sempre degli adulti. Negli USA l'autorizzazione alla prescrizione di farmaci stimolanti a minori fu approvata negli anni Cinquanta e da qualche anno viene tolta la patria potestà ai genitori che si oppongono alla somministrazione di psicofarmaci.

Una parte rilevante dei minori psichiatrizzati è rappresentata da figli di carcerati, ragazzi in affidamento e stranieri, tra cui i minori non accompagnati; questo dato però non deve sviare l'attenzione dal momento che non sono solamente le "fasce deboli" soggette al rischio. Vi sono persone che per un episodio fortuito si sono imbatute nella psichiatria e hanno iniziato un percorso di sofferenza: basta veramente poco per passare alla categoria degli individui indesiderati che non godono di stima sociale.

Le persone certificate con un handicap neurologico possono aumentare le loro difficoltà se chiuse in manicomio, se intonite con psicofarmaci o isolate da esperienze di socialità. In altri contesti possono altresì trovare stimoli positivi attraverso i quali esprimere sensibilità non comuni e raggiungere obiettivi sorprendenti.

La sofferenza psichica ed esistenziale è parte della storia di ogni individuo e il benessere psicofisico non dipende dalle capacità cognitive ma si basa sulla qualità delle relazioni e del contesto sociale. Vi sono esperienze di scuole e luoghi educativi dove l'approccio ai bambini non si basa sulla metrica, sulla classificazione, su certificazioni o schedature delle personalità, ma sulla capacità di relazione con i coetanei e con gli adulti: ogni persona si arricchisce nella relazione e cresce nel rapportarsi alla diversità, riuscendo così a esprimere le proprie inclinazioni e sensibilità. Seguendo questa impostazione non interessa più sapere o tentare di capire se ci si trova di fronte a comportamenti iperattivi, a persone in situazione di handicap o a normodotati. Ci si misura sul confronto di personalità nel tentativo di "tirar fuori" le capacità critiche affinché ogni persona (adulta o no) possa soddisfare le proprie inclinazioni, esprimere liberamente le proprie potenzialità, arricchirsi culturalmente e, nel rispetto degli altri, acquisire una tranquillità interiore.

Questo è un tema importante che può essere approfondito non solo analizzando i diversi criteri educativi ma soprattutto mettendo a confronto le esperienze di comunità pedagogiche. Troppo spesso genitori e insegnanti non riescono a intravedere alternative di approccio di fronte a qualsiasi problematica si presenti loro e le "scorciatoie" diventano più accattivanti se confrontate a progetti complessi e impegnativi.

In *Communication and the Human Condition* (Barnett Pearce, 1989) l'elaborazione della "teoria della comunicazione condivisa" enuncia che affinché una comunicazione sia efficace si debbano riscontrare coerenza, coordinamento e mistere. Quando viene enfatizzata solo la coerenza, eliminando sia il coordinamento dei punti di vista che gli elementi non immediatamente comprensibili razionalmente, si rischia di giudicare il pensiero altrui in maniera non corretta. In altre parole si potrebbe concludere che se ci abilitassimo a prestare maggiore attenzione alle comunicazioni non verbali, riceveremo stimoli per migliorare la qualità delle nostre relazioni.

L'ADHD in USA

L'ADD, cioè il *Disturbo da Deficit Attentivo*, cominciò a essere diagnosticato negli Stati Uniti negli anni Settanta (150.000 casi). Quando nel 1980 l'APA (American Psychiatric Association) lo incluse nel DSM, manuale diagnostico che elenca le malattie mentali specificandone sintomatologie e cure, la patologia venne riscontrata in modo crescente nei bambini di età scolare. Nel 1994 il DSM-IV inserì l'ADHD e nel 1998 le certificazioni salirono a sei milioni. L'APA col passare degli anni ha allargato i criteri diagnostici entro i quali far rientrare l'ADHD.

Attualmente le diagnosi muovono da tre principali floni: l'iperattività (osservata quando un bambino non riesce a star fermo nel momento in cui gli viene richiesto, corre e salta in modo eccessivo, parla troppo, non sa impegnarsi in attività tranquille), l'impulsività (ad esempio quando risponde prima che una domanda sia terminata, fatica a rispettare i turni, si inthometre nei discorsi altrui), la disattenzione (si distrae facilmente, non ascolta, non si concentra e fatica a seguire le istruzioni). I tre principali sottotipi di ADHD sono: prevalenza di carenza d'attenzione, con sintomi di distrazione ma meno di iperattività/impulsività; prevalenza di iperattività e impulsività, ma non di distrazione; "combinato", quando vengono riscontrati sintomi di disattenzione e iperattività/impulsività. Viene spesso certificata una comorbidità⁸, cioè l'ADHD associato ad altri disordini comportamentali, di apprendimento, di ansia o depressione. Per comprovare la patologia è sufficiente osservare i bambini quando giocano, studiano, mangiano, dormono, etc.; successivamente vengono redatti degli appositi questionari, con domande dettagliate sul comportamento in diverse situazioni alle quali devono rispondere sia i genitori che gli insegnanti.

Negli USA appena si comincia a parlare di questa patologia è già disponibile la terapia: il farmaco Ritalin distribuito dalla multinazionale Novartis (già Ciba Geigy su breve-

to del 1954). Trattasi di metilfenidato cloridrato (MPH) ed è uno stimolante del sistema nervoso centrale, utilizzato ormai in tutto il mondo occidentale per l'ADHD oltre che per la narcolessia, gli improvvisi attacchi di sonno, l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) lo include nei 300 farmaci più pericolosi, mentre la SRC⁹ lo classifica tra le venti sostanze psicoattive più dannose, insieme all'LSD e all'Ecstasy.

Le avvertenze della Novartis indicano che può essere somministrato dai sei anni di età, ma vi sono parecchi casi di prescrizioni a bambini di due o tre anni, un fenomeno che comincia a emergere in vari Paesi del mondo occidentale. Come possa una sostanza eccitante calmare gli iperattivi viene spiegato tramite il concetto di "effetto paradossoso": sui bambini ha un'azione calmante perché, aiutandoli a trovare la concentrazione richiesta nello studio e in altre circostanze, riduce il carico dello stress.

La lista degli effetti collaterali da assunzione di MPH è molto lunga: inappetenza, nausea, vomito, crampi gastrici; disturbi della crescita, disfunzioni ormonali, perdita di peso; mal di testa, eruzioni cutanee, annebbiamento della vista; danni ai neurotrasmettitori; tachicardia, aritmia cardiaca e ... arresto cardiaco. Vi sono poi le problematiche legate all'astinenza come l'insonnia, l'ansia, le convulsioni e una forte irritabilità. Molti genitori hanno denunciato che quando si trovano a gestire queste crisi, spesso i medici diventano irripetibili. Si sono inoltre verificati numerosi casi di suicidio dovuti alla sospensione del farmaco.

Lo scandalo negli USA scoppiò quando si cominciò ad associare alla morte di alcuni bambini l'assunzione di Ritalin (il dato accertato tra il 1990 e il 1997 è di 160 decessi), in alcuni casi prescritto da pochi mesi. Alcuni genitori tentarono di impedire che i propri figli si sottoponessero a questo trattamento farmacologico: in alcuni casi rischiarono di perdersi la tutela giuridica, in altri casi subirono le indagini di centri per la protezione dei bambini (associazioni simili al Telefono azzurro) dopo essere stati segnalati da insegnanti per ne-

gigenza nei confronti dei figli. Non è a questo punto inutile sottolineare che nelle scuole statunitensi è permessa, anzi incentivata, l'assunzione di farmaci di qualsiasi categoria.

Negli anni Novanta si verificò il boom di utilizzo dei farmaci psicoattivi (il MPH può essere sostituito da destroamfetamine o da un composto di destroamfetamine e levoramfetamine) giustificato da una crescente esigenza di controllo sul comportamento dei bambini. La DEA (Drug Enforcement Administration) nel 1999 pubblicò il dato delle prescrizioni di Ritalin che tra il 1990 e il 1996 era cresciuto del 600%. Un'agenzia dell'OMS, la INCA (il Consiglio internazionale di controllo sui narcotici) nel '95 dichiarò che in alcune zone degli USA la percentuale di ragazzi tra i 6 e i 14 anni che assumevano MPH con diagnosi ADHD aveva picchi del 10-12% e mostrò preoccupazione perché alcune associazioni di genitori esercitavano pressioni politiche a favore dell'utilizzo clinico del MPH. All'inizio del nuovo millennio il «Journal of the American Medical Association» dimostrò come le prescrizioni tra i 2 e i 4 anni fossero triplicate; la Novartis confidò di vendere il 90% dell'intera produzione di Ritalin proprio in questo Paese. Attualmente ammonta a più di 8 milioni il numero dei consumatori di Ritalin; e non sono solamente i bambini, dal momento che questi crescono e continuano ad assumere, anzi nella maggior parte dei casi viene associato ad altri psicofarmaci (Prozac, Zoloft, Risperdal, Dexametna, Cyfert, Desoxyln, Adderall) che "aiutano a gestire" anche l'assuefazione, le crisi d'astinenza e le comorbidià.

Peter Breggin, direttore del ICSP, riferendosi a diverse pubblicazioni scientifiche sull'argomento, denunciò che il MPH, l'amfetamina e la cocaina producono il loro effetto sugli stessi neurotrasmettitori lesionando la chimica del cervello poiché, anche se l'assunzione si limita alle dosi cliniche e per breve periodo, si verifica un'imbizione delle cellule cerebrali che danneggia la produzione degli ormoni della crescita. Nei casi clinici oggetto di queste pubblicazioni la sovrastimolazione provocata dai farmaci viene poi trattata con

sedativi che, a loro volta, creano dipendenza; nei casi in cui sopraggiunge la depressione si somministrano anche antidepressivi; quando poi viene osservato che il bambino non ha un sufficiente controllo emotivo il *cocktail* viene integrato con stabilizzatori dell'umore; vi sono casi di diagnosi data *Disordine bipolare* trattati con antidepressivi come il Risperdal a partire dagli 8 anni di età!

Breggin ripeté poi che i piccoli consumatori di MPH mostrano una tendenza sempre maggiore al gioco solitario, riducendo la loro capacità di socializzazione; questi soggetti lamentano stanchezza e mostrano di essere apatici e, se inseriti in attività organizzate, hanno un atteggiamento di completa sottomissione; inoltre tendono a ripetere costantemente le stesse azioni e ad avere ragionamenti inflessibili. Queste osservazioni portarono Breggin a sostenere che in questi bambini si produce una mancanza di spontaneità e una rigidità mentale che viene paradossalmente identificata come un beneficio terapeutico definito "perseveranza cognitiva".

Già nel 1971 una pubblicazione scientifica rendeva noti i risultati di un'analisi su 83 bambini (di cui 92% era stato trattato con Ritalin) a 2-5 anni di distanza dalla diagnosi: il 60% era ancora iperattivo, studiava poco e in più mostrava comportamenti ribelli; il 59% aveva avuto guai con la polizia; il 58% aveva subito almeno una bocciatura a scuola; il 57% mostrava difficoltà di lettura; il 44% aveva difficoltà nella matematica; il 59% era segnalato dalla scuola per problemi disciplinari¹⁰.

La DEA mette in relazione il consumo di psicofarmaci da parte di bambini e adolescenti con episodi di eccessiva aggressività e autoleSIONISMO e include il MPH nella stessa tabella di classificazione della cocaina, dell'amfetamina, degli oppiacei e dei barbiturici.

L'Accademia americana di pediatria nel 2000 ha affermato che le attuali conoscenze scientifiche non provano le cause organiche e biologiche dell'ADHD e che le anomalie

cerebrali osservate sui bambini sono provocate dalla somministrazione di psicofarmaci.

Circa cinque anni fa la Novartis è stata citata a giudizio per sovrapromozione di Ritalin in binomio con l'ADHD. La sentenza parla di cospirazione attuata in collaborazione con le associazioni degli psichiatri, in particolare l'AVA - a causa dell'approssimazione dimostrata nel definire i criteri diagnostici, cioè per rendere gli stessi sempre più inclusivi - e il CHADD (l'associazione di familiari di bambini ADHD responsabile di aver accettato finanziamenti dalle multinazionali farmaceutiche allo scopo di diffondere nelle scuole opuscoli informativi), attivatasi al fine di influenzare il giudizio di genitori e insegnanti.

Un problema che non sembra per nulla circoscritto: la speculazione economica riguarda purtroppo anche le scuole che ricevono sovvenzioni per ogni scolaro con diagnosi ADHD.

In Italia: non solo ADHD

Una decina di anni fa i mass media cominciarono a ospitare articoli e interviste che denunciavano il ritardo italiano nel curare i bambini ipercinetici, riferito soprattutto alla scarsa disponibilità di psicostimolanti: il sollecito auspicò un intervento per evitare che questi soggetti diventassero "aggressivi o tossicodipendenti".

Il Ritalin era fuori commercio, in seguito al suo ritiro dal mercato italiano avvenuto nel 1989.

Nell'ottobre 2000 la CUR (Commissione unica del farmaco) e il Dipartimento del farmaco del Ministero della Sanità inviarono la Novartis a presentare la richiesta per la registrazione, e la successiva commercializzazione, del MPH in Italia dichiarando: «Anche se in merito esistono pareri non sempre concordanti, le prove cliniche di efficacia sono sufficienti a considerare il metilfenidato tra i farmaci di scelta nel trattamento dell'ADHD». Nel settembre 2001 la CUR ha

trattato la reintroduzione del farmaco istituendo un gruppo di lavoro (che non comprendeva pediatri) atto a predisporre il piano terapeutico relativo alla sua prescrizione in Centri specializzati in collaborazione con le Regioni.

Nello stesso periodo compare l'AVA (Associazione italiana famiglie ADHD: l'acronimo è il medesimo dell' Agenzia italiana del farmaco e questa coincidenza suscita perplessità, apparentemente ambigua) che promuove conferenze, ha un sito internet aggiornato e collabora con l'ADAI (Associazione italiana disturbi dell'attenzione e iperattività) costituita su iniziativa dell'Università di Padova e del Servizio di neuropsichiatria di San Donà di Piave. L'associazione prevede un comitato scientifico composto da psicologi, psicopedagogisti, educatori, operatori sanitari, medici specialisti, un comitato scuola formato da dirigenti scolastici e insegnanti e un comitato famiglia che vede impegnati utenti e loro parenti.

Il Ministero della Salute nel 2001 approvò una sperimentazione denominata Progetto Prisma. Nelle scuole dell'obbligo delle province di Lecco, Pisa, Cagliari, Rimini, Roma e Milano venne distribuito un questionario al quale avrebbe dovuto rispondere genitori e insegnanti.

In questo periodo il Ritalin poteva essere distribuito dai Centri specializzati in neuropsichiatria, mentre rifarà la sua comparsa nelle farmacie nel 2007, dopo che nel 2003 era stato tolto dalla tabella I (che include eroina, cocaina e altri stupefacenti, il cui commercio è vietato) per consentire la vendita (prezzo: € 5,96) con prescrizione su diagnosi dei centri specialistici e successivamente dei medici pediatri. Il Ritalin viene inserito nell'elenco dei farmaci a monitoraggio intensivo: ciò significa che la prescrizione dovrebbe sempre e comunque essere effettuata dai Centri regionali di riferimento che devono trasmettere all'ISS i dati previsti dal protocollo diagnostico e terapeutico per il *Registro nazionale ADHD*.

Il farmaco distribuito in Italia presenta una posologia più dilatata (lento rilascio) per consentire la sua assunzione quan-

do il bambino è a casa; a differenza degli USA gli insegnanti delle scuole italiane non possono somministrare farmaci.

La circolare che accompagnava il questionario, diffuso nelle scuole delle località oggetto della sperimentazione, con l'elenco delle domande e delle possibili risposte ("per nulla", "abbastanza", "molto", "moltissimo") precisava: «La nostra Clinica sta conducendo un studio per verificare l'utilità di un questionario sul comportamento a scuola e a casa dei bambini delle scuole elementari». Veniva poi allegato un consenso informato alla partecipazione a uno Studio di caratterizzazione di un protocollo diagnostico per bambini con disturbo da deficit d'attenzione e iperattività. Il questionario utilizzato nella prima fase del Progetto Prisma era stato letteralmente tradotto da quello statunitense; oltreoceano è rivolto anche agli adolescenti e include domande tipo: «Ha stuprato qualcuno?», «Inizia spesso delle risse?», «È entrato in un'automobile o edifici per rubare?», «Minaccia gli altri con un'arma?». Superfluo immaginare perché molti genitori rifiutarono di aderire a questo "studio".

La sperimentazione si dava a priori la percentuale del 4% di diagnosi, avvalendosi di studi epidemiologici condotti nel 1993 in Umbria e in Toscana e nel 1997 in Emilia Romagna; la cosiddetta «protezione di necessità» (con un approccio metodologico simile a strategie di *marketing* utilizzate per qualsiasi prodotto da immettere sul mercato) stimava in 800.000, in una fascia di età 0/14, l'utenza; dopo la prima fase il Progetto Prisma ne includeva una seconda allargata alle scuole dell'infanzia.

I risultati furono resi noti solitamente verso la fine del 2004 ma poco dettagliarono l'assiduo impegno degli esperti in malattie mentali infantili: in sostanza si dice che la percentuale di ADHD si attesta sul 2% e che colpisce prevalentemente i maschi, mentre le femmine sono affette da depressione con una percentuale di incidenza sempre intorno al 2% (dato che poi confermerebbe quel 4% delle previsioni). Viene evidenziato che questi bambini provengono da contesti fa-

miliari problematici, ma che la loro malattia ha comunque una causa organica e che il 9,1% di utenti in età pediatrica, pari a 737.000 su una popolazione intorno agli 8 milioni (dati ISTAT), soffrirebbe di disagi o turbe psichiche (come si possa usare il condizionale quando si pubblicano i risultati di una sperimentazione che si autodefinisce "scientifica" non è di facile comprensione, quanto meno per i non addetti ai lavori).

In sintesi, i risultati sottolineano ciò che le *Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica dell'ADHD in età evolutiva* avevano già precisato il 24 giugno 2002 a firma di Gabriele Masi (Pisa) e Alessandro Zuddas (Cagliari): non è un caso che questo sia un documento rivolto ai professionisti del settore.

Nelle *Linee-guida* si specifica che il trattamento farmacologico non deve rappresentare l'unico approccio terapeutico ma: «La mancata disponibilità di interventi psico-educativi intensivi non deve essere causa di ritardo nell'inizio della terapia farmacologica». Viene indicato il *mpn* come farmaco elettivo, visto che presenta effetti indesiderati «modesti e facilmente gestibili», da utilizzare «cor' estrema prudenza nei bambini ADHD di età inferiore ai sei anni»; questa terapia deve avere inizio nei Centri di neuropsichiatria infantile ad alta specializzazione individuati dalle Regioni. La definizione clinica del disturbo è suddivisa in: inattenzione (scarsa cura per i dettagli, incapacità a portare a termine azioni intraprese, distrazione, perdita di oggetti), impulsività (tendenza al cambiamento rapido delle attività, difficoltà ad aspettare il proprio turno), iperattività (difficoltà a rispettare le regole, i tempi e gli spazi dei coetanei, a rimanere seduti). Di conseguenza la patologia porta a: «Una minore resa scolastica, a scarse abilità nell'utilizzazione delle norme di convivenza sociale e sviluppa un senso di demoralizzazione e di ansia».

Sulla base di evidenze genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica del disturbo quale

disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali (Swanson 1998a, 1998b). [...] La corteccia frontale e alcuni nuclei della base (nucleo caudato e globo pallido) risultano più piccoli. [...] Nei soggetti con ADHD sono maggiormente frequenti alcune specifiche varianti di geni che codificano per il trasportatore della dopamina e per il recettore D₄ per la dopamina (DRD₄), cui corrispondono differenze quantitative di funzione.

Nelle trentasette pagine delle *Linee-guida* queste sono le uniche definizioni bio-fisiologiche, il documento è invece molto più dettagliato sulle modalità d'osservazione dei comportamenti e il conseguente trattamento farmacologico. Si denuncia il ritardo europeo alla formulazione delle diagnosi rispetto al Nord America dovuto a:

L'attitudine solo recente alla formulazione di diagnosi categoriali, la scarsa tendenza, in presenza di altri disturbi psicopatologici associati, a formulare diagnosi di comorbidità e, soprattutto, la mancata disponibilità degli psicostimolanti.

Viene poi dichiarato che l'ADHD, per un terzo dei casi, si risolve con l'età adulta, quindi: «Il disturbo è da correlarsi a un ritardo di sviluppo delle funzioni attentive», ma nel 50% i sintomi continuano e sono accompagnati da: «Difficoltà sociali ed emozionali», mentre nel 15-20% si verificano "cicatrici" che sono la causa di alcolismo, tossicodipendenza, disturbo di personalità antisociale. Sono riportati i risultati di uno studio datato 2002 in cui si evidenzia che gli ADHD non completano l'obbligo scolastico (32-40%), hanno pochi amici, sono coinvolti in attività antisociali, mostrano maggiore frequenza di gravidezze prima dei 20 anni, di malattie sessualmente trasmesse (16%), di incidenti stradali, di depressione (20-30%) e di disturbi della personalità (18-25%). Inoltre:

L'ADHD tende ad essere presente in diversi membri della stessa famiglia e costituisce uno dei disturbi psichiatrici con più ele-

vata ereditabilità [...] come per altri disturbi psichiatrici è verosimile che i fattori genetici determino la predisposizione per il disturbo, mentre l'attivazione di tale predisposizione sia modulata anche da fattori ambientali.

Nelle "Procedure per la diagnosi" delle *Linee-guida* si legge:

Quando si sospetta che un bambino possa essere affetto da ADHD occorre: 1) Raccolgere informazioni da fonti multiple (genitori, insegnanti, educatori) utilizzando questionari standardizzati sui diversi aspetti del comportamento e del funzionamento sociale del bambino. 2) Un colloquio (esame psichico) col bambino per verificare la presenza di altri disturbi associati; anche in questo caso, le scale standardizzate di autovalutazione del bambino (ansia, depressione, etc.) possono essere utili. 3) Valutare le capacità cognitive e l'apprendimento scolastico; valutare in maniera oggettiva le capacità attentive di pianificazione delle attività e di autocontrollo. Talvolta può essere utile valutare la possibile presenza di disturbi del linguaggio. 4) Effettuare l'esame medico e neurologico, valutando la presenza di eventuali patologie associate e gli effetti di eventuali altre terapie in atto.

Più avanti però si sottolinea: «Le scale di valutazione completate da genitori, insegnanti e dallo stesso bambino non consentono di formulare una diagnosi clinica» e «Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD»; lo stesso DSM-IV dichiara del resto che «Non vi sono test di laboratorio confermati come diagnostici per l'ADHD». Vi è un accenno a interventi psicoeducativi, in particolare al *parent training*, ma è soprattutto sugli effetti della terapia a base di psicostimolanti che questo documento si sofferma definendoli «rapidi e intensi»: «L'assunzione in età scolare riduce il rischio di abuso di sostanze in adolescenza». Gli effetti collaterali del MPN sono definiti:

Modesti e facilmente gestibili, i più comuni sono diminuzione di appetito, insonnia e mal di stomaco: l'insonnia può essere prevenuta evitando le somministrazioni serali, la mancanza

d'appetito e i disturbi gastrointestinali somministrando il farmaco dopo i pasti.

Viene inoltre dichiarato: «Gli studi di tossicità a lungo termine (più di due anni) sono ancora relativamente limitati», ma «Nei bambini gli effetti terapeutici degli psicostimolanti non diminuiscono con l'uso prolungato, l'abuso e la dipendenza sono praticamente inesistenti».

Oltre al MPN, si cita la desmipramina, la nortriptilina (si specifica però che gli effetti dei tricyclici antidepressivi sono attenuati dal rischio di cardio-tossicità con decine di casi di morte improvvisa da indurre a un'utilizzo prudente e limitato a «situazioni particolari»), l'atomoxetina, la clonidina (da non associare al MPN perché si sono verificati casi di decesso improvviso).

Le rassicurazioni incluse nelle *Linee-guida* contraddicono le stesse indicazioni fornite dalla ditta produttrice: una scheda tecnica della Novartis, relativa alla dipendenza, specifica che un uso abusivo può indurre a una marcata assuefazione e dipendenza psichica; viene inoltre raccomandata un'attenta sorveglianza anche dopo la sospensione del prodotto poiché si possono rilevare conseguenti depressioni o effetti di iperattività cronica.

Il foglietto illustrativo del Ritalin ammette che: «Un'adeguata eziologia di questa sindrome è sconosciuta e non esiste un'analisi clinica in grado di diagnosticarla».

Le incongruenze e le perplessità che queste *Linee-guida* possono suscitare sono notevoli, soprattutto se si considera che tali formulazioni sono il frutto di un'impostazione ideologica maggioritaria nelle facoltà accademiche e negli enti che organizzano corsi di aggiornamento per insegnanti e operatori dei servizi educativi e sociali.

La SINPIA, insieme all'ANDA e all'ANFA (l'associazione di familiari), ha preso parte nel marzo 2003 a Cagliari alla Conferenza nazionale di consenso sull'ADHD promossa dall'Università di Cagliari e dall'Istituto Mario Negri di Mi-

lano, al termine della quale è stato redatto un documento che in sostanza conferma i principi delle *Linee-guida* citate. A questo punto gli orientamenti e i protocolli risultano chiariti, la loro ufficialità suscita preoccupazioni anche da parte di alcuni esperti del settore, oltre che di giornalisti e intellettuali. Nel marzo 2004 è oggetto di un'interrogazione parlamentare che così si conclude:

Questa interrogazione parlamentare fu inoltrata pochi mesi prima della reintroduzione del Ritalin in commercio, e dimostra, se mai ce ne fosse bisogno, che la ragionevolezza delle argomentazioni e l'evidenza di fatti documentabili nulla possono nei confronti dello strapotere di una multinazionale che vuole piazzare un suo prodotto nello spregiudicato mondo del mercato farmaceutico.

Quando il Progetto Prisma terminò il suo corso si verificò che anche in altre scuole venne diffuso un simile questionario, accompagnato da circolari firmate da responsabili scolastici o sanitari; ne sono stati interessati piccoli comprensori scolastici, territori di specifiche ASL, intere città e province (ad esempio Forlì). I genitori e gli insegnanti di altre zone non hanno mai ricevuto attenzioni in tal senso e questo perché in Italia, come avviene per molte delle questioni sociali che hanno a che fare con la libertà di scelta dei cittadini, le previsioni si verificano soprattutto laddove vi sia la presenza e l'accanimento di operatori "particolarmente sensibili".

Recentemente una ASL di Venezia, in accordo col Comune, ha deciso di diffondere nelle scuole d'infanzia, pubbliche e private, un questionario che ha suscitato diverse polemiche e portato alcuni genitori a opporsi perché temevano che i propri figli venissero schedati; la protesta ha poi portato gli enti locali a bloccare la diffusione dei test. In un asilo privato pugliese invece è intervenuta la magistratura, ipotizzando reati di lesioni personali e abuso di mezzi di correzione, nei confronti di due insegnanti accusate di somministrare sedativi ai bambini più irrequieti.

La deontologia medica spesso protegge la diffusione di documenti, quindi non è facile sapere che cosa stia realmente accadendo, quanti siano i piccoli pazienti diagnosticati e la loro età, in che modo si differenzino le patologie e quanto le famiglie siano supportate da medici e psicologi durante il trattamento farmacologico.

Il Ministero della Salute prevede che in ogni Regione vi sia un Centro specializzato in neuropsichiatria a cui viene demandata anche la compilazione di un registro delle patologie (questa centralizzazione ha creato una concorrenza non priva di curiosità tra le diverse istituzioni esistenti) ma, nonostante ciò, i dati non sono di facile reperibilità e includono tutte le certificazioni, ivi comprese disabilità o disturbi funzionali e cognitivi congeniti. Sia che si considerino questi registri come una facile schedatura dei bambini o come un supporto burocratico che agevoli il controllo sugli abusi di somministrazione di psicofarmaci, appare evidente che fino a questo momento non sono serviti neppure a chiarire l'entità del fenomeno.

La vendita di psicofarmaci in Italia ha subito aumenti vertiginosi (più che triplicata negli ultimi quattro anni): solamente gli antidepressivi sembra che abbiano una clientela di quattro milioni di persone, soprattutto di sesso femminile. Difficile capire la quantità assunta da minori e la loro età precisa perché ai bambini vengono somministrati gli stessi farmaci prescritti agli adulti, dimezzandone magari la posologia. Non sempre il consumo di psicofarmaci è accompagnato da diagnosi specifiche, a volte vengono utilizzati dai genitori per aiutare i propri figli a dormire su consiglio del pediatra: benzodiazepine descritte come "leggeri calmanti". I proventi che le case farmaceutiche ricevono dalla commercializzazione degli psicofarmaci quindi non provengono solamente dall'azione mirata dei Centri specializzati in neuropsichiatria, vi è un fenomeno diffuso e sommerso difficilmente quantificabile. I vertici di vendita di psicofarmaci in Usa non sono isolati, nel mondo occidentale sono molti i Paesi che si allineano su

queste strategie, tanto che anche l'Onu recentemente, in merito alla loro diffusione, si è espressa definendola "allarmante".

Alcune molecole hanno inoltre utilizzi multipli: il Prozac, antidepressivo a uso anche pediatrico e senile, viene somministrato per i disturbi compulsivi e ossessivi, per la bulimia, per la stimolazione cerebrale; il Valium è un tranquillante e somnifero che viene usato per calmare le partorienti, per facilitare il sonno di persone allertate o per aiutare la sopportazione di esami clinici dolorosi o fastidiosi per il paziente.

Si può sicuramente affermare che la psichiatrizzazione dell'infanzia nel nostro Paese si presenta a "macchia di leopardo" e che, dove ad agire sono le cliniche private di neuropsichiatria, sia ancor più difficile conoscere le modalità del loro intervento. Alcune Regioni (Piemonte, Trentino Alto Adige e Puglia) hanno deliberato il divieto di effettuare test e *screening* psicologici nelle scuole: in Emilia Romagna invece all'inizio del 2008 la Procura ha aperto un'inchiesta dopo essere venuta a conoscenza di operatori, non iscritti all'Albo degli psicologi, che organizzavano corsi per genitori e insegnanti illustrando l'efficacia di vari psicofarmaci e indicando scorciatoie per la loro prescrizione.

Se la reperibilità di dati esaurivi è così difficile, vi è sicuramente una responsabilità politica del Ministero della Salute e diventa legittimo chiedersi quale possa essere l'entità degli obiettivi, al di là di un evidente profitto, tanto che qualche mese fa ad alcuni dirigenti dell'Agencia italiana del farmaco sono stati contestati reati di corruzione e di conflitto d'interesse in seguito all'autorizzazione per la prescrizione di Prozac ai bambini.

Scenari futuri

Questa attenzione da parte della psichiatria sull'infanzia non ha obiettivi sperimentali, se con questo termine intendiamo i progetti di ricerca scientifica bio-medica; lo stanziamen-

to di fondi pubblici e privati ha indubbiamente lo scopo di diffondere sul mercato farmaci che agiscono sul sistema neurologico modificandone il funzionamento e lesionandolo. Che senso avrebbe voler capire ulteriormente la misura di questo danno? Certamente una molecola, più o meno di un'altra, può presentare diversi livelli di tossicità e la sperimentazione su cavie, prima animali poi umane, può fornire indicazioni in tal senso; si evince però in maniera più evidente il tentativo di attuare un vero e proprio controllo sociale preventivo, affinché il comportamento infantile si allinei sempre di più alle esigenze di efficientismo richieste dalla modernità.

Se la normalità viene sempre più racchiusa in un concetto di produttività, le "anormalità" si moltiplicheranno e si cureranno con un sicuro vantaggio per le multinazionali del farmaco, per il potere di chi è delegato ad agire sul controllo e per il profitto delle strategie liberiste. Contemporaneamente, e apparentemente in contraddizione con questo concetto, vi è un interesse crescente alle "diversità": molti corsi di aggiornamento per insegnanti e operatori socio-culturali studiano in modo ambiguo come attuare la tolleranza (sarebbe meglio dire la "tollerabilità") nei confronti delle alterità. In nome del "rispetto per le diversità" si stilano classifiche che servono a suddividere anormalità e normalità, attuando quel terribile paradosso alimentato da pregiudizi — purtroppo radicati — che induce a un'incapacità di curiosità e conoscenza dell'altro. Quando il termine "diversità" può essere sostituito da "inferiorità", si concretizza una discriminazione; non a caso tra gli utenti psichiatrici sono in aumento le persone che vivono in un Paese a loro straniero. Non ci si può riferire al rispetto se non si è convinti che ogni individuo è diverso dall'altro e che solamente attraverso il confronto reale tra individui differenti possiamo arricchire la nostra esistenza nella società. La pianificata ambiguità nell'utilizzo di specifiche terminologie contribuisce a uno stravolgimento dei concetti: "tolleranza" non è sinonimo di "rispetto" e non ha significato contrario a "intolleranza". Ciò che poi in futuro potrebbe

scatenare conseguenze allarmanti è che ogni fenomeno sociale diventi oggetto di studio per le neuroscienze. Tutto ciò che rappresentava materia di ricerca per l'antropologia, la sociologia, la psicologia o la pedagogia, ora viene giustificato e oggettivizzato attraverso spiegazioni approssimative sulle modalità di funzionamento del cervello: le scienze sociali, ridotte a un generico ruolo di supporto, soccomberanno a causa di un'egemonia culturale del determinismo?

Molti studiosi ad esempio sostengono che le scelte elettorali vengano attuate non sulla valutazione di contenuti programmatici o sull'affidabilità dei candidati, ma che si basino su suscettibilità di tipo emozionale. Questa tesi non appare priva di fondamento, soprattutto se si analizzano le modalità attraverso le quali la propaganda politica (come la pubblicità commerciale) utilizza le immagini, la retorica, la gestualità degli attori di turno ... Quando tuttavia ciò diventa un pretesto per "dimostrare" che tra le emozioni e il raziocinio vi sarebbe un'interrelazione nelle funzioni del cervello e che quindi le scelte degli individui non si baserebbero sul libero arbitrio ma su soluzioni dettate dalla chimica cerebrale, tutte le elaborazioni filosofiche potrebbero venir considerate pleonastiche.

I condizionamenti culturali ci portano sicuramente a modificare gusti, esigenze, interessi, ma se tutto questo si verificasse non sulla base della nostra volontà bensì fosse frutto di una modificazione neurologica, verrebbe annullata ogni capacità critica e soggettiva. Affermare che i condizionamenti dell'ambiente causino una modificazione nella chimica del cervello non può equivalere a sostenere la causa biologica di una qualsiasi condotta umana; non si possono confondere cause ed effetti. Steven Rose, biologo e direttore del gruppo di ricerca sul cervello e sul comportamento della Open University nel 1998 affermò:

L'istante presente della nostra vita, o della vita di qualsiasi organismo, è semplicemente inspiegabile in termini biologici se considerato solo come momento congelato nel tempo, la me-

ra somma, in quel momento, dell'espressione differenziale di centomila geni. Il presente di ciascuno di noi è forgiato dal passato, dalla personale e unica storia del nostro sviluppo come organismo, e può essere compreso solo in questi termini.

Nel mondo accademico, soprattutto statunitense, vi sono moltissimi finanziamenti alle ricerche neuroscientifiche; vengono pubblicati risultati che sono ipotesi, nel senso che le dimostrazioni scientifiche sono pressoché nulle e per la loro diffusione, tramite comunicati stampa, si utilizza un linguaggio tipico degli scoop giornalistici: dichiarazioni prive di cautela potranno poi essere corrette tramite una smentita.

Si vuole a tutti i costi provare che ogni comportamento individuale potrebbe avere una base genetica: se la propensione al gioco d'azzardo, all'infedeltà coniugale, alla "promiscuità" sessuale, alla depressione, all'aggressività o alla criminalità fossero inscritte nel DNA, si potrebbe modificare o correggere quella specifica molecola malata. Tutto diventerebbe organico, anche l'onestà, il gusto per la bellezza, la capacità a non perdere il controllo, la sudditanza, la pazienza, l'inclinazione a spendere "bene" i propri soldi. Poco importa a queste impostazioni scientifiche del fatto che alcuni dei comportamenti oggetto di ricerca, in società diverse dalla nostra, non si verificano semplicemente perché non vi sono i presupposti culturali o che alcune negatività del nostro criterio culturale possano acquisire valenze positive perché ci si basa su tutt'altri standard di giudizio o che la medesima persona, in una determinata fase della vita, possa compiere scelte etiche che appaiono in contraddizione con altre compiute successivamente. Se il pensiero e la coscienza fossero interamente spiegabili secondo le leggi della fisica, della chimica e della biologia, quale sarebbe la differenza sostanziale tra un essere umano e una macchina?

Se alla nostra mente negassimo le facoltà di immaginazione, elaborazione e fantasia non soltanto ci confonderemmo in una triste uniformità, ma saremmo pervasi dalla per-

cezione di paura dell'altro: l'altrove, l'irrazionale e tutto ciò che risulta ancora inspiegabile, anziché suscitare riflessioni, alimenterebbero sempre di più il bisogno di ricorrere a giustificazioni trascendenti, alle quali ogni scientismo si ispira, se non altro per la storica dimostrazione dei profitti economici dei quali si nutrono.

Al di là del *business* che circonda questa ricerca, arrivare a sostenere che gli individui sono e fanno tutto ciò che è scritto e preordinato nel loro DNA (i più cauti parlano di predisposizione genetica, ma sicuramente esisteranno neuroscienziati più critici...) significherebbe annullare la capacità e la possibilità di ogni libertà di scelta.

In fin dei conti, a pensarci bene, questo l'obiettivo di ogni potere, più o meno totalitario.

Appendice

Non è più possibile considerare tabù l'argomento trattato in questo libro poiché esistono a riguardo molte pubblicazioni scientifiche, oltre a interviste e prese di posizione di osservatori e operatori dei vari settori interessati: medici, biologi, psichiatri, pediatri, pedagogisti, psicologi.

I pareri sono discordanti e gli approcci evidenziano le diverse impostazioni, competenze e interessi. Nonostante anche i mass media abbiano dedicato la loro attenzione a questo tema, non si può però affermare che l'informazione sia di dominio pubblico in quanto non è facile "leggere tra le righe" di notizie e commenti spesso al servizio del *business* farmaceutico. In Italia la tendenza a somministrare psicofarmaci a soggetti in età pediatrica non raggiunge gli eccessi e gli abusi di altri Paesi, ma la preoccupazione su un fenomeno comunque in crescita ha impegnato anche alcuni rappresentanti di partiti politici a presentare petizioni, interrogazioni e interpellanze, sia a livello locale che nazionale, ma a tutt'oggi poco hanno scalfito le decisioni del Ministero

della Salute. Nel testo vengono citate alcune parti del questionario diffuso nelle scuole delle zone oggetto della sperimentazione denominata Progetto Prisma; è considerato strumento oggettivo per la diagnosi dell'ADHD e altre patologie ed è tuttora utilizzato, interamente o parzialmente, dai servizi di neuropsichiatria che, confrontando le risposte di genitori e insegnanti, valutano il comportamento di bambini già segnalati per un qualsiasi "disturbo".

In questa appendice pubblichiamo, oltre al questionario DSM-IV / ICD-10 nella sua interezza, alcuni pareri di persone competenti (su concessione del sito www.giulemanidabambini.org), significativi anche perché il loro approccio e le loro esperienze si differenziano da quelle dell'autrice.

L'asserito aumento esponenziale dei casi di depressione è uno stereotipo: è necessario comprendere se si tratta di un fenomeno reale o di un dato gonfiato. Posso affermare con sicurezza e senza tema di smentita – come dimostro ampiamente nel mio ultimo libro – che esso è stato artatamente gonfiato dalla collusione tra gli "interessi" delle case farmaceutiche e degli psichiatri pronti sempre, nella maggior parte dei casi, a seguire le indicazioni delle stesse. La depressione nell'ultimo cinquantennio è stata terra di conquista da parte delle case farmaceutiche che, ricorrendo al poco conosciuto *disease mongering* (strategie per la creazione "a tavolino" di patologie) hanno creato nuove patologie e soprattutto nuovi bisogni per plasmare una categoria sempre più ampia di clienti... non certamente di pazienti. È sconcertante come numerosi psichiatri e ricercatori hanno coltuso – spesso in maniera consapevole – con questa dinamica di mercato che nulla ha a che fare con la scienza. Inoltre, a causa della difficoltà di conoscere la vera epidemiologia della depressione, il criterio utilizzato, comunque molto scorretto, è quello di calcolare il numero dei pazienti depressi sulla base della quantità di antidepressivi consumati. A causa della facilità e superficialità con la quale vengono prescritti questi farmaci, soprattutto dopo l'immissione sul mercato degli SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*, cosiddetti antidepressivi non tricyclici), il cui successo è dovuto principalmente alla minor presenza di effetti collaterali, il dato epidemiologico, co-

si calcolato, è falsato in eccesso. Ma c'è di più: in questo modo si danno per scontati due problemi che invece devono essere affrontati seriamente. Il primo è stabilire in che modo e in quali casi gli antidepressivi funzionino realmente. Il secondo è se l'equivalenza tra consumo di antidepressivi (consumo che è indotto da una campagna pubblicitaria sempre più aggressiva da parte delle case farmaceutiche) e numero di pazienti depressi è una equazione accettabile. *Nicola Lalli (psichiatra e psicoterapeuta dell'Università di Roma "La Sapienza")*

I questionari che vengono utilizzati per diagnosticare questi disagi dell'infanzia sono altamente soggettivi ed impressionistici. Le differenze d'esperienza, tolleranza e di stato emotivo dell'intervistatore e del bambino intervistato non vengono tenute in alcun conto, e nonostante questa vaghezza, e nonostante il fatto che le scale di valutazione utilizzate non soddisfino i criteri psicometrici di base, i sostenitori di questo approccio pretendono che questi questionari forniscano una diagnosi accurata, ma così non è. *William Carey (primario e professore di pediatria clinica dell'Università della Pennsylvania, primario del reparto di pediatria comportamentale dell'ospedale di Philadelphia, membro dell'Accademia nazionale delle scienze USA)*

I medici sono chiamati ad una piena responsabilizzazione ed a tutelare davvero il diritto alla salute dei pazienti, specie se minorenni. Non si può pensare di risolvere tutto con l'apertura di un registro, e si può continuare a prescrivere psicofarmaci con testati ed a rischio di abuso: questo atteggiamento ormai, come dimostrano anche le cronache giornalistiche, è definitivamente sul banco degli imputati una settimana sì ed una no. *Claudio Alimone (psicoterapeuta, membro dell'Associazione europea di psicoanalisi)*

Guardare la realtà nella quale facciamo vivere i nostri figli: troppo spesso ci sono aspettative soffocanti e motivi di disagio che si riversano sui più deboli, e che noi adulti diamo per scontato. Perché nelle famiglie questi problemi non vengono affrontati? Non stupiamoci allora se poi per i bambini sorgono problemi, anche gravi. *Franco Biezza (ordinario di pedagogia generale dell'Università di Chieti)*

QUESTIONARIO DSM-IV / ICD-10

Versione per genitori

G.M. Marzocchi, C.A. Hartmann, R.Mentzer, V.L. Zam-
muner, D.J. Dallinger, J.A. Sergeant

Nome bambino _____

Scuola _____

classe _____

data di nascita _____

Nome genitore _____

data compilazione _____

Istruzioni

Di seguito troverà una serie di descrizioni che riguardano alcuni bambini. Per ognuna di esse le chiediamo di indicare in che misura tale descrizione corrisponde al suo bambino, *in questo periodo* o negli ultimi 6 mesi. Ci sono 4 possibili risposte: **per nulla, abbastanza, molto, moltissimo**. Per ogni affermazione, scelga la risposta che meglio descrive il comportamento del bambino, secondo la sua opinione, mettendo una crocetta in una delle 4 colonne. Ecco un esempio per chiarire meglio le istruzioni:

per nulla abbastanza molto moltissimo

Gi/le piace stare solo

In questo esempio, **moltissimo** è la risposta che corrisponde alla migliore descrizione possibile di quel bambino. Il questionario è stato preparato per bambini/ragazzi dai 6 ai 18 anni; ci sono, di conseguenza, alcune domande che non sono rilevanti per un certo bambino/ragazzo, ma saranno più pertinenti per persone di altre età. Non bisogna quindi saltare la domanda, ma rispondere semplicemente **per nulla**.

Se si accorge di aver sbagliato, è possibile cancellare la risposta e mettere una crocetta nella casella che ritiene più appropriata.

Non è possibile descrivere nel questionario il comportamento di ogni bambino in modo preciso. Può succedere che lei ritenga che nessuna singola risposta sia applicabile in maniera specifica al/la bambino/a. Tuttavia le chiediamo la cortesia di **NON** saltare alcuna domanda, ma di scegliere la risposta che le sembra più vicina al suo giudizio. Se lo ritiene necessario può aggiungere dei commenti.

La invitiamo cortesemente a rispondere a tutte le domande. Grazie.

Ho la netta sensazione che non ci si renda pienamente conto di cosa implica somministrare psicofarmaci stimolanti ad un bambino di 5 o 10 anni, del tipo di impatto sul suo metabolismo, sul sistema ormonale, sul suo sistema nervoso in via di sviluppo. *Luigi Cancrini (psichiatra, Commissione parlamentare sull'infanzia)*

Fermo restando che non esiste un unico tipo di depressione, ogni storia è a sé e non possiamo generalizzare, il successo delle psicoterapie è noto in letteratura scientifica, ma troppo spesso ignorato in terapia. Spesso sono utilizzati con una certa leggerezza psicofarmaci e si crede che le terapie non farmacologiche non funzionino: il problema invece è che sono state "snobbate" per lungo tempo a favore di soluzioni dagli effetti più immediati. E ora che i terapeuti professionisti ammettono ciò che in letteratura è già dato per certo: con tutto che il farmaco ha una sua dignità d'utilizzo, nei casi "limiti" in cui è appropriato, la psicoterapia modifica anch'essa realmente la struttura cerebrale ed influisce concretamente e positivamente sul comportamento, e tali miglioramenti sono tangibili e misurabili. Non comprendo quindi come si possa continuare ad ignorare questi fatti, prediligendo sempre l'approccio biologico, organico e farmacologico e declassando superficialmente la psicoterapia a "quattro chiacchiere" tra terapeuta e paziente. *Emilia Costa (titolare della 1° cattedra di psichiatria dell'Università di Roma "La Sapienza")*

Queste diagnosi vengono perfezionate indipendentemente dall'ambiente, quindi si attribuisce al bambino una sofferenza «stradicata» dalle sue radici sociali, e questo è un grave errore. Inoltre la diagnosi è decisamente pericolosa, perché la terapia a base di psicofarmaci genera preoccupanti effetti collaterali, senza considerare le implicazioni del dire con tale leggerezza ad un piccolo bambino di 7/8 anni "tu sei un malato di mente". *Agostino Pinella (ordinario di storia della psichiatria dell'Università di Torino)*

Questionario (possibili risposte: per nulla, abbastanza, molto, moltissimo)

1. Sta molto attento ai dettagli quando fa i compiti a scuola
2. Ha spesso bisogno di venire tranquillizzato
3. Usa gesti per chiarire ciò che dice
4. È molto tollerante verso gli altri
5. Ruba delle cose
6. È molto bravo nel fare attenzione alle cose
7. Fa sogni spaventosi in cui teme di perdere i genitori o chi si prende cura di lui/lei
8. Esclade dal gruppo un'altra persona intenzionalmente allo scopo di ferirla
9. Si intromette spesso tra le persone quando stanno parlando tra di loro
10. Si sente a suo agio in luoghi dove c'è molta gente
11. Gli/le viene da piangere senza motivo
12. Parla senza fine solo di alcuni argomenti
13. Pensa che gli altri parlino di lui, mentre ciò non è vero
14. Si sente felice la maggior parte del tempo
15. Viene facilmente distratto da ciò che gli/le succede intorno
16. È crudele con gli animali
17. Se necessario, riesce a stare seduto tranquillamente
18. È capace di risolvere i conflitti senza avere un comportamento aggressivo
19. È stato espulso da scuola
20. Ha un'espressione triste
21. Non si preoccupa quasi per nulla che possa accadere qualcosa di grave
22. Sa organizzare bene le sue attività quotidiane
23. Dice cattiverie nei confronti degli altri
24. Ha spesso dubbi su ciò che deve scegliere
25. Mentre per evitare doveri e incombenze
26. Durante una conversazione, mantiene il contatto visivo in modo normale
27. Parla di suicidio, o ha tentato di suicidarsi
28. Dice delle cose che difficilmente si capiscono

29. Se è ammalato non si preoccupa eccessivamente della propria salute
30. Vede cose che in realtà non ci sono
31. Minaccia gli altri con un'arma
32. È sincero con gli altri
33. Ha pensieri ricorrenti fastidiosi
34. Giocando usa la fantasia, è capace di fare "come se"
35. Soffre di vertigini, tremore, palpitazioni di cuore o senso di soffocamento anche quando non è veramente ammalato
36. È gentile con le persone
37. Cerca sempre di vedere fine a che punto può arrivare con gli altri (cerca di "tirar la corda")
38. Si preoccupa molto di non tornare più a casa sua a causa di un fatto improvviso
39. Fatica a seguire le indicazioni che gli/le vengono date
40. Comunica in maniera confidenziale con persone che conosce poco
41. Si sente ingiustamente colpevole
42. Crede che le cose gli/le mandino dei messaggi speciali
43. Raramente prova piacere nelle sue attività quotidiane
44. Ha molta paura di venire ferito
45. Fa errori di sbadataggine nel fare i suoi compiti
46. Costringe gli altri a fare cose che essi non vogliono fare
47. Si stanca facilmente
48. Muove spesso mani e piedi in modo irrequieto
49. Si sente a suo agio in compagnia di persone a lui/lei sconosciute
50. Pensa di avere poteri soprannaturali
51. È un/a ragazzo/a indipendente
52. Prova a ferire fisicamente gli altri in modo deliberato
53. È spesso triste
54. Quando gioca è molto rumoroso
55. Ha molta paura degli spazi chiusi
56. È scappato di casa per più di un giorno
57. Sente voci che in realtà non ci sono
58. Ha forti cambiamenti d'umore

59. È in grado di lavorare su qualcosa fino a che non l'abbia portata a termine
60. Ha molta paura di sbagliare
61. Si preoccupa poco che qualcosa di terribile possa succedere ai genitori o a chi si prende cura di lui/lei
62. Ha commesso atti di vandalismo
63. Si costringe a pensare certe cose per evitare che gli/le succeda qualcosa di grave
64. Ha poca fiducia che le cose in futuro andranno bene
65. Sa aspettare il suo turno
66. Capisce poco le espressioni degli altri
67. Distrugge di proposito le proprie cose
68. Si accusa di cose di cui non è colpevole
69. Vuole che il genitore o chi si prende cura di lui/lei rimanga sempre nelle vicinanze
70. Ha raramente sbalzi d'umore
71. È molto preoccupato di fare brutta figura di fronte agli altri
72. Si agita in continuazione sulla sedia
73. Pensa che gli altri lo/la spino, mentre ciò non è vero
74. Perde spesso cose che gli/le sono necessarie per le sue attività
75. È disposto a perdonare
76. Anche in situazioni non pericolose, all'improvviso, si fa prendere dalla paura
77. Consuma alcool e droghe contrariamente al volere dei genitori o di chi si prende cura di lui/lei
78. Si lava spesso senza che ce ne sia bisogno, o pulisce delle cose senza che ce ne sia bisogno
79. È disposto a far qualcosa, se gli/le viene chiesto da un adulto
80. Ha spesso scoppi di collera
81. Si sente molto nervoso se deve fare qualcosa mentre altre persone lo stanno guardando
82. Gli piace far fare brutta figura agli altri
83. È normalmente sicuro di quello che ha fatto
84. Si lamenta di essere annalato non appena deve andare via di casa o lontano dai propri genitori
85. Corre, si muove avanti e indietro in situazioni in cui fare ciò è poco educato

86. Tende spesso ad essere smemorato nelle sue attività quotidiane
87. Pensa che gli altri vogliono fargli/farle del male anche se ciò non è vero
88. Si sente a suo agio in luoghi alti
89. Si sente senza alcun valore, si svalorizza
90. Condivide difficilmente la sua attività preferita con altre persone
91. Inizia spesso delle risse
92. Dorme in modo normale
93. Non si sente molto colpevole se ha commesso una violazione seria di una norma
94. È perfettamente in grado di andare da qualche parte senza che lo accompagnino i genitori o chi si prende cura di lui/lei
95. Sfrutta gli altri per soddisfare le proprie esigenze
96. Sembra poco consapevole delle emozioni degli altri
97. È disposto ad accettare le regole stabilite dagli adulti
98. È perfettamente in grado di entrare in contatto con i coetanei
99. Litiga spesso con gli adulti
100. Manifesta emozioni inadeguate rispetto alla situazione
101. Tende a provare vergogna facilmente
102. Sa valutare che tipo di comportamento è adatto nelle situazioni in cui sono presenti altre persone
103. Crede che gli altri possano vedere o udire i suoi pensieri
104. Tratta con cautela le cose altrui
105. È entrato in automobili, abitazioni o edifici per rubare
106. Mangia in modo normale
107. Dà risposte maleducate
108. Una conversazione con lui/lei può subire cambiamenti repentini e inaspettati
109. È capace di fare delle cose per sé, da solo, in modo tranquillo
110. È convinto di dover ripetere certe azioni o certi movimenti per evitare che gli/le succeda qualcosa di grave
111. Interrompe continuamente quello che sta facendo
112. Si preoccupa eccessivamente di ciò che dovrà accadere in futuro
113. Sa farsi valere di fronte agli altri

114. Rimane fuori casa fino a tardi alla sera contrariamente al volere dei genitori o di chi si prende cura di lui/lei
115. Non fa del male a nessuno
116. Mostra comportamenti confusi, senza un chiaro scopo
117. Spesso soffre di mal di testa, nausea, mal di pancia anche se non è veramente ammalato
118. Spesso fa irritare di proposito gli altri
119. Evita il contatto con altre persone
120. Ha ferito intenzionalmente qualcuno con un oggetto pericoloso
121. Si preoccupa in maniera esagerata di essere puntale nelle cose
122. Fa ciò che ha promesso
123. Ha stuprato qualcuno
124. Si fersce di proposito
125. Spesso parla in continuazione
126. Spesso ha comportamenti odiosi
127. Spesso è teso senza alcun motivo
128. Prima di agire pensa
129. Ha provocato un incendio allo scopo di danneggiare
130. Tiene abbastanza conto del benessere degli altri
131. Ha un estremo bisogno che tutto ciò che lo circonda sia prevedibile
132. Mente per ottenere cose dagli altri
133. Si preoccupa pochissimo della correttezza del suo comportamento nel passato
134. Tende a pensare di avere troppo poco rispetto dagli altri
135. Quando parla ha un'intonazione strana
136. Se qualcuno si sta occupando di qualcosa lo lascia in pace
137. Controlla continuamente se le cose sono in ordine (per esempio, se la porta è chiusa)
138. Frequenta ragazzi/ragazze che spesso si mettono nei guai
139. Chiede raramente agli altri cosa hanno fatto o cosa hanno provato
140. È affidabile
141. Spesso è irrequieto
142. Reagisce con aggressività sproporzionata per motivi molto banali
143. Si muove in modo rigido
144. È spesso irascibile
145. Ha spesso difficoltà ad attendere una ricompensa che gli/le è stata promessa
146. Vive in un mondo tutto suo
147. Pensa di valere meno dei suoi coetanei
148. Si comporta in modo spensierato e tranquillo
149. Chiede ripetutamente agli altri se ciò che sta facendo va bene
150. Prova a far paura agli altri minacciandoli
151. Ripete letteralmente ciò che ha sentito tempo prima
152. Pensa che qualcuno diriga i suoi pensieri o comportamenti
153. Capisce che gli altri si preoccupano per lui/lei se ritarda molto e non ha dato notizie di sé
154. Ha derubato qualcuno minacciandolo
155. È continuamente indaffarato in qualcosa
156. Reagisce prontamente se qualcuno gli/le parla
157. Ha voglia di fare molti tipi di cose
158. Racconta agli altri cosa ha fatto o cosa ha provato
159. È stato assente da scuola senza che i genitori o chi si prende cura di lui/lei lo sapessero
160. Parla della morte, o pensa alla morte
161. Vuole che le azioni si svolgano sempre nella stessa sequenza
162. Sa distinguere chiaramente tra ciò che è suo e ciò che è degli altri
163. Spesso spara la risposta prima ancora che la domanda sia stata completata
164. Si preoccupa molto che il genitore o chi si prende cura di lui/lei se ne vada e non torni più
165. Sa giocare bene con i coetanei, in modo alla pari
166. Conosce la differenza tra fantasia e realtà
167. Reagisce a tutto e a tutti
168. Non ama correre rischi inutili
169. Raramente viene preso dal panico
170. In una conversazione segue solamente il proprio filo del discorso e quasi mai dialoga coerentemente con l'altra persona

- 171. Si arrabbia facilmente
- 172. È molto preoccupato di non piacere agli altri
- 173. Ha rispetto per gli altri
- 174. Prova piacere nello svolgere lavori che richiedono concentrazione
- 175. Ripete continuamente movimenti insoliti con il corpo
- 176. Dà la colpa dei propri errori agli altri
- 177. È affascinato, in modo esagerato, da certe cose inusuali
- 178. Ha molta paura di un animale che la maggior parte dei suoi coetanei non teme
- 179. Infastidisce gli altri
- 180. Si sente a suo agio quando è in un gruppo di coetanei
- 181. Coinvolge gli altri quando prova piacere o si sente felice

AGGIORNAMENTI ALLA SECONDA EDIZIONE a cura di Sebastiano Ortu e Chiara Gazzola

*C'è la bellezza e ci sono gli oppressi.
Per quanto difficile possa essere,
vorrei essere fedele a entrambi.*

Albert Camus

Il DSM-5 e le nuove nomenclature

Il *DSM-5*, uscito nel 2013 a firma di David Kupfer e Darrel Regier rispettivamente presidente e vicepresidente del *team* responsabile della nuova edizione, ha scatenato polemiche fra gli addetti ai lavori già prima della sua pubblicazione. Robert Spitzer e Allen Frances, presidenti delle edizioni precedenti, hanno accusato l'ultima *task force* di corruzione e di aver seguito metodi epidemiologici scorretti¹².

L'ultima edizione del *DSM* poco si discosta dall'impostazione dei precedenti manuali diagnostici e si caratterizza soprattutto per le nuove nomenclature attraverso le quali vengono definite le patologie e gran parte delle sotto-classificazioni delle stesse. Ad esempio: il "ritardo mentale" viene ora definito *Disabilità intellettuale*. Ciò presuppone il passaggio di diritti editoriali dal vecchio firmatario all'autore della nuova denominazione, con il benestare dell'industria farmaceutica sempre pronta a convertire molecole defindole elettive per curare i nuovi "sintomi allarmanti".

Ogni edizione del *DSM* è veicolata dai profitti delle case farmaceutiche e garantisce introiti esorbitanti ai firmatari grazie ai diritti incassati dalle pubblicazioni tradotte nelle lingue più diffuse e alle percentuali assegnate sulla diffusione dei farmaci. Il *DSM* non è l'unico manuale diagnostico a

disposizione ma è quello più noto e utilizzato, oltre a essere il riferimento principale degli orientamenti accademici. Il *DSM*, Manuale diagnostico statistico delle malattie mentali, è redatto dall'APA, American Psychiatric Association che conta 37800 iscritti: 1952, *DSM-I*; 1968, *DSM-II*; 1980, *DSM-III*; 1987, *DSM-III R* (revisionato); 1994, *DSM-IV*; 2000, *DSM-IV R*; 2013, *DSM-5*. Oltre al *DSM* la psichiatria internazionale fa riferimento anche all'*ICD*, International Classification of Diseases. L'*ICD* è redatto dall'Organizzazione mondiale di sanità, ed elenca le malattie e i problemi a esse correlati in ogni specializzazione medica. La prima edizione risale al 1948; l'*ICD-10* è del 1990 ed è stato pubblicato in tre volumi nel 1994; l'undicesima edizione è tuttora in corso d'opera. La corrente psicodinamica pubblica un suo manuale, il *PDM*.

La depressione è la diagnosi psichiatrica che più si presta alle nuove nomenclature; le sotto-tipologie racchiudono spesso le modifiche psicologiche o comportamentali provocate dall'assunzione di psicofarmaci, di conseguenza si prescrivono terapie multiple da adattare alla comorbidity riscontrata.

Il *DSM-5* amplifica l'attenzione rivolta all'età infantile e adolescenziale sancendo diagnosi che includono ogni reazione giudicata problematica da genitori, educatori o insegnanti. Il limite entro cui si definisce la norma di comportamento è sempre più circoscritto dalle esigenze di una società concorrenziale che, per essere funzionale alla perpetuazione di un potere capillare, deve adottare strumenti di controllo sugli individui. L'epidemiologia psichiatrica si autodefinisce scientifica in quanto prescinde dalle motivazioni etiche e culturali o dalla specificità delle esperienze.

L'intento è la catalogazione di ogni comportamento che contraddice la descrizione del bambino obbediente, giudizioso, buono, accondiscendente, attento o succube del volere adulto.

Si sottolinea l'importanza dell'autostima e dell'autonomia, ma le si giudica in base alla capacità di adattamento

alle situazioni previste da uno standard clinico che annulla ogni libertà di espressione; soprattutto a fronte di situazioni avverse, le reazioni infantili dovrebbero assecondare aspettative preconfezionate. Così l'adulto eliminerà ogni sforzo di autocritica all'approccio educativo in quanto dovrà spostare la sua attenzione nell'individuare i cosiddetti segnali d'allarme, ad esempio i capricci, che poi diventeranno sintomi. Come spiegare ai bambini che più di tre capricci alla settimana (nella terminologia medica: «esplosioni di rabbia sproporzionate alla situazione oggettiva», «irritabilità incoerente all'età del soggetto») possono aprire le porte a una medicalizzazione che, nella maggior parte dei casi, rientrerà in una patologia cronica?

Sull'ADHD esiste una vasta letteratura, essendo una diagnosi più datata, e spesso si specifica che la remissione funzionale in età adulta non supera il 20% e che, nella maggior parte dei casi, la terapia viene adattata alle patologie che emergono con l'avanzare dell'età del paziente.

Nel *DSM-5* il *Disturbo della condotta* (CD), il *Disturbo bipolare* e il *Disturbo oppositivo provocatorio* (OPOR) risultano così insufficienti a descrivere la casistica diagnostica, mentre troppo generica viene giudicata la sfera dei *Disturbi della personalità e dell'identità*. Fra le nuove nomenclature trovano ampio spazio il *DDV* (*Disturbo da disregolazione distruttiva dell'umore*), il *NAS* (*Disturbo pervasivo dello sviluppo*), il *DMDD* (*Disordine d'impulso da disregolazione dell'umore* sul quale vi è l'autorizzazione ufficiale affinché sia inserito all'interno dei disturbi depressivi specifici), il *TDD* (*Disregolazione del temperamento con disforia*): sarà così che i neuropsichiatri dovranno districarsi in una labirintica sovrapposizione di presunti sintomi per scegliere la diagnosi specifica che dovranno a tutti i costi curare. Ad aiutarli sarà probabilmente la facoltà di definire comorbidity: ai vari *Disturbi da comportamento d'impulso dell'età evolutiva*, si assoceranno CD o ADHD o DSA in un dedalo di acronimi che agevola la prescrizione della terapia. Viene ad esempio spe-

cificato come il DMDd, che rientra nei *Disturbi dell'umore* e in quelli depressivi e bipolari, non vada confuso con l'ADND.

DMDd e DDDU prevedono la prescrizione di farmaci antidepressivi come risperidone, clozapina, clorpromazina, psicostimolanti o stabilizzanti dell'umore come clonazepam; ma nel caso in cui sia accertata comorbidià con ADND la terapia sarà quella d'elezione per quest'ultima patologia. Il risperidone è un neurolettico atipico della classe dei benzosazoliici piperidinici ed è distribuito anche in versione *depot*, una somministrazione intramuscolo mensile o bimensile. La clozapina è un neurolettico atipico delle dibenzodiazepine. La clorpromazina, o torazina, è un neurolettico di prima generazione classificato fra le fenotiazine. Il clonazepam è una BDZ (benzodiazepina). Fra gli stabilizzanti dell'umore vengono spesso prescritti anche antidepressivi. L'elenco degli effetti collaterali è lunghissimo. La maggior parte delle sostanze sedative, psicotrope e neurolettiche provocano danni irreversibili al sistema cardiocircolatorio, sono causa di obesità, dell'insorgenza del diabete, di alterazioni epatiche, visive e uditive.

Nell'individuazione dei sintomi spesso compare: «la tendenza a giudicare male le manifestazioni emotive negative degli altri, come i sentimenti di paura o tristezza», «lo scarso senso di colpa», «la persistente irritabilità», «la difficoltà di codifica delle informazioni sociali», «la reazione incontrollata di fronte alle frustrazioni», «il disturbo limitante la capacità di adattamento alla socialità», «il deficit di felicità», «il disturbo mentale dell'ansia sociale». Quanto retrogrado era parlare di timidezza o suscettibilità?

Il *DSM-5* specifica quanto «un'educazione familiare inadeguata» possa originare *Disturbi dell'umore*, salvo puntualizzare che diagnosi e terapie appropriate siano imprescindibili quando tali comportamenti condizionano oggettivamente la vita sociale e scolastica.

L'individuazione delle diagnosi è effettuata tramite colloqui e questionari. Sono inoltre state introdotte nuove sca-

le di valutazione per il rischio suicidario degli adolescenti, del resto la tendenza suicida è sempre più presente nel lungo elenco degli effetti collaterali di antidepressivi e antipsicotici. Si prendono a riferimento studi a campione sorprendenti, ad esempio per individuare le reazioni soggettive in caso di frustrazioni: bambine e bambini si misurano con videogiocchi truccati in modo tale che sia impossibile vincere o passare al livello successivo. Compito degli esperti: valutare reazioni normali o eccessive per poi incasellarle in griglie e diagrammi la cui somma darà la diagnosi!

Il *DSM-5* annuncia che le cause organiche di tutte queste nuove malattie sono ancora sconosciute. Il tentativo della psichiatria di trovare le cause organiche delle malattie mentali risale agli esordi di questa disciplina, quando ancora i medici venivano denominati alenisti o frenologi. Tuttora non vi è un riscontro oggettivo nonostante le avanzate scoperte in ambito biologico o neuroscientifico. La scuola di pensiero determinista ha veicolato la ricerca genetica, sempre al medesimo scopo. Le patologie psichiatriche non si avvalgono di test di laboratorio che possano comprovare le diagnosi. Le nuove tecniche di *neuroimaging* sono in grado di accertare modificazioni emozionali adattabili alle situazioni più svariate e sono suscettibili di interpretazioni approssimative a seconda degli obiettivi di partenza anteposti alle ricerche. Non a caso queste tecniche vengono utilizzate per tenere sotto controllo alcune categorie di lavoratori o per condizionare i risultati di studi svolti a campione in ambito elettorale o di *marketing*. La psichiatria tende a occuparsi anche di patologie prettamente neurologiche, proprio perché queste ultime hanno una giustificazione organica, anche se in alcuni casi ancora parziale.

Un'altra storica carenza della psichiatria è quella di farsi carico della cura di comportamenti disapprovati socialmente, senza considerare le peculiarità culturali dei soggetti. La risposta ha un sapore paradossale: l'etopsichiatria — e la psichiatria transculturale di derivazione statunitense — elen-

ca così i *Disturbi culturalmente caratterizzati* impegnandosi a suddividere le sindromi, che dovrebbero presentare uno scompenso fisiologico, in base al riferimento culturale ("etnico"). Ad esempio: in Perù quando un bambino, al quale nasce un fratello, reagisce con una sorta di gelosia richiudendosi in se stesso, si usa il termine "irijua"; la "rabt" è invece tipica degli uomini egiziani quando praticano riti che li salverebbe dal rischio di perdere la virilità. *Irijua e Rabt* sono incluse in un lungo elenco di sindromi la cui scientificità sarebbe garantita proprio dalla estrema suddivisione per aree geografiche. Potrebbe sembrare una trasposizione lessicale di concetti, ma se si considera che il PRSD (*Disturbo post traumatico dovuto a stress*) incluso per la prima volta nel *DSM-III*, con la quinta edizione del manuale ha subito tante e tali sotto-classificazioni da trasformarsi nella diagnosi eleitiva per ogni reazione ricondotta a un trauma sociale tanto da "garantire" a donne, uomini e minori, soprattutto se non accompagnati - in migrazione alla ricerca di approiti più fortunati - una specifica attenzione medico-psichiatrica. La psichiatria, anche quando ammette che la motivazione di una sofferenza vada ricercata nel contesto familiare o nel diverso sociale responsabile di ingiustizie e discriminazioni, si concentra sui trattamenti da prescrivere e non sulle possibili soluzioni delle cause scatenanti. Spesso il ragionamento di fondo è: le cause sono oggettive, ma non tutti ne soffrono; quindi chi ne subisce le conseguenze maggiori dimostra una vulnerabilità (malattia) che va curata.¹³

La nuova edizione del Manuale diagnostico dell'APA introduce anche la *Sindrome psicotica attenuata* (segnali d'allarme per la propensione all'assunzione di sostanze stupefacenti o per eventi psicotici con sintomi spesso simili alle vecchie classificazioni di schizofrenia, come sentite voci inesistenti) sulla quale si sono scatenate opposizioni all'interno della Commissione, messe poi a tacere spostando questa patologia dalla sezione principale a quella riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche.

L'Italia, accusata di grave ritardo nell'individuazione di alcune patologie come nel caso dell'ADHD, attraverso i Centri specializzati di Neuropsichiatria in gran parte di orientamento determinista o comportamentista sta cercando di allinearsi agli standard clinici e ai protocolli di diagnosi e cura internazionali.¹⁴

ADHD: dal Protocollo diagnostico/terapeutico al Registro nazionale

Nel 2009 è stato pubblicato il *Protocollo diagnostico/terapeutico dell'ADHD*¹⁵ finanziato dall'ARPA (Agenzia italiana del farmaco). Nel comitato scientifico: farmacologi ARPA, rappresentanti dell'ISS e neuropsichiatri infantili fra i quali Alessandro Zuddas dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari e Gabriele Masi dell'Istituto Stella Maris di Pisa. L'impostazione non si discosta da quella già analizzata delle *Linee Guida* del 2002¹⁶ e della Conferenza nazionale di consenso di Cagliari del 2003, tappe fondamentali dopo il Progetto Prisma per la diffusione dei questionari diagnostici su larga scala e della reintroduzione commerciale del metilfenidato (MPH), farmaco d'elezione, e della prescrizione di atomoxetina (ARX) come molecola sostitutiva¹⁷.

Il *Protocollo* specifica che la terapia farmacologica deve essere abbinata a quella psico-comportamentale tramite il coinvolgimento dei genitori (*parent training*) e degli insegnanti invitandoli a modificare il proprio atteggiamento con gli alunni ADHD. Inoltre vi si legge:

Nei casi in cui la famiglia non ha le risorse per usufruire di un intervento psico-educativo, l'uso dei farmaci può essere di notevole aiuto, visto che questi richiedono una partecipazione ridotta della famiglia, dal punto di vista psicologico.¹⁸

Vi sono poi specifiche indicazioni sugli strumenti da adottare per lo *screening*: oltre ai questionari già conosciuti, si consigliano anche quelli per l'autovalutazione dell'ansia (*March, 1997 - Busnelli, 1974*) e l'ampia gamma delle depressioni infantili (*Children Depression Inventory, Kovacs, 1992*). È evidente quanto si voglia pianificare nelle scuole la segnalazione di ogni "anomalia di comportamento" al fine di individuare singole diagnosi e comorbidità, all'interno delle quali una momentanea difficoltà dell'apprendimento può trasformarsi in un trampolino di lancio per certificazioni multiple che avviano la cronicità di trattamento.

La pubblicazione del *Registro nazionale dell'ADHD*¹⁹ è del dicembre 2016 e sintetizza il monitoraggio effettuato dai 110 Centri specializzati dal 2007 al 2016, con le statistiche relative ai soli pazienti sottoposti a trattamento multimodale. Il trattamento multimodale comprende la prescrizione di farmaci in abbinamento alle terapie bio-psico-sociali, ma già nelle *Linee Guida* del 2002 veniva specificato: «La mancata disponibilità di interventi psico-educativi intensivi non deve essere causa di ritardo nella terapia farmacologica»²⁰. La motivazione enunciata è la seguente: «Nel Registro venivano artuolati solo i pazienti con quadro clinico di gravità tale da richiedere il trattamento combinato, farmacologico e psicosociale»²¹. A questo punto sembrerebbe più che lecito chiedere: se la terapia psico-comportamentale è destinata ai casi più gravi, significa che è più importante ed efficace di quella farmacologica? Perché, prima del trattamento chimico, non si delinea un intervento psico-educativo per valutare la possibilità di non ricorrere a farmaci? Se poi la motivazione è legata alla carenza organizzativa e di personale specializzato che ha ricadute sull'erogazione delle prestazioni, in particolare quella non farmacologica, come si legge nel *Registro*, si può dedurre che dal Progetto Prisma a oggi nulla sia cambiato nell'impostazione clinica e nell'insistenza delle priorità imposte da chi ha la facoltà decisionale. Il monitoraggio prevede che i pazienti siano sottoposti a elettro-

cardiogramma prima di iniziare la terapia farmacologica e a un *following* ogni sei mesi. Il Centro di riferimento ADHD è dichiarato responsabile della diagnosi e dell'appropriatezza della terapia sui criteri *DSM-IV* e *ICD-10*. La terapia comportamentale è coordinata e assicurata dai Servizi territoriali di neuropsichiatria infantile. Al pediatra è invece demandata la responsabilità di controlli mensili, della prescrizione dei farmaci in base al Piano terapeutico compilato dal Centro specializzato ADHD e della segnalazione degli eventi avversi. I pazienti diventali maggiorenni devono proseguire il trattamento in "continuità terapeutica"; dal febbraio 2016 esiste un Registro anche per adulti ADHD, in base alle nuove indicazioni del *DSM-5*. La guarigione in psichiatria è un concetto che si traduce in cronicità, cioè in una situazione di dipendenza dai CM, o altri servizi presenti sul territorio, e dall'obbligo di cura. Se un paziente rifiuta la cura, o dichiara di voler "scalare" gli psicofarmaci, difficilmente riceverà un supporto professionale a questo proposito di consapevolezza; nella maggior parte dei casi questo desiderio sarà giudicato come sintomo di malattia e può avviare un TSO. In psichiatria non esiste libertà di scelta terapeutica, lo stigma della diagnosi presuppone l'incapacità all'autodeterminazione?²²

Si evince quanto i dati riportati dal *Registro* rappresentino una sottostima del totale di minori effettivamente sottoposti alla prescrizione di MPN e ATX. Il totale dei giovani pazienti stimati è di 3696.2675 assumono MPN, 1021 ATX; 3271 sono maschi (88,5%) e 425 femmine (11,5%). Sull'ADHD c'è sempre stata una percentuale più alta di certificazioni effettuate sui maschi rispetto alle femmine. Attualmente negli USA 11 milioni di minori sono diagnosticati ADHD. Il *Protocollo* italiano del 2009 sottolinea che i maschi superano di tre volte le femmine, alle quali viene più facilmente diagnosticata comorbidità con *Sindromi di ansia*, *Disturbi dell'umore*, *Disturbi della condotta* (CD) o DSA a riprova della cosiddetta "predisposizione femminile" ai sintomi depressivi. Il MPN continua a essere definito: «Farmaco elettivo per l'ADHD».

Si specifica: «Presenta un profilo di sicurezza migliore». Nei casi di comorbidità si preferisce prescrivere ARX. Se ne deduce che l'ARX viene somministrato più alle femmine che ai maschi. La depressione, da più fonti critiche, è stata definita «1° epidemia del nuovo millennio». Uno studio dell'«European Journal of Neuropsychopharmacology» attesta un aumento del consumo degli antidepressivi in Europa fra il 2005 e il 2012 pari al 40% e sempre del 40% in più sono le diagnosi del *Disturbo bipolare*; mentre si specifica che in USA al 5% dei minori compresi fra 8 e 15 anni vengono prescritti psicofarmaci. Percentuale che probabilmente andrebbe aggiornata alla luce di un altro dato dal quale emerge che un minore su dieci usa psicofarmaci senza prescrizione (si veda la Ricerca dell'«*European school survey project on alcohol and other drugs*» curata dal CNR). Qualsiasi studio si prenda in esame, il consumo di antidepressivi copre sempre la parte maggioritaria dell'intero mercato di psicofarmaci, per altro in costante aumento in tutti i Paesi e per ogni fascia d'età. Il rapporto (Istituto superiore di sanità) del 2010 afferma che la spesa complessiva riguardante i farmaci sul sistema nervoso centrale è stata di 3313 milioni di euro con un aumento di spesa del 5,2% e dei consumi del 3,4% rispetto all'anno precedente: il 14,9% sul totale della spesa sostenuta per tutte le categorie farmacologiche; paroxetina, escitalopram e setralina le molecole più prescritte. Il Ministero della Salute nel 2016 afferma che 126,5 su 1000 sono gli adulti che consumano antidepressivi; 30 su 1000 antidepressivi. La Federfarma (Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia) nel 2016 informa che la vendita di antidepressivi (definiti in questo documento anche come «farmaci per il tono dell'umore²³») ha registrato un aumento dell'1,6% rispetto all'anno precedente: 1,1 miliardi di unità standard generando una spesa di oltre 262 milioni di euro. Tutti questi dati tengono in considerazione soltanto le prescrizioni sotto diretto controllo del SSN.

Ma il *Registro* fornisce anche i cosiddetti «valori di prevalenza», ovvero i dati attesi in seguito ai futuri *screenings*

più diffusi sul territorio italiano, confrontandoli con la letteratura internazionale. I dati attesi in percentuale sulla diagnosi ADHD si attestano fra il 0,4% e il 3,6%, ma nel *Protocollo* si cita un 6,8% attestante i criteri del *DSM-IV*. La letteratura internazionale riferisce un 5,29%. Evidentemente non sono sempre chiari i parametri di riferimento, cioè se si considera il totale di bambini sottoposti a *screening* o quelli considerati a rischio, senza che venga specificato se, anziché diagnosticare l'ADHD, si opti su diagnosi differenti. Va poi sottolineato che le stime di incidenza di uno specifico disturbo psichiatrico adottano criteri, metodi o scale di valutazione differenti, di conseguenza anche i risultati difficilmente coincidono.

Il *Registro* inoltre riporta i dati degli «eventi avversi gravi»: 140 in totale, 83 sotto trattamento ARX, pari al 59% e 57 curati con MPH, pari al 41%. Eventi avversi «severi» si sono verificati in 118 pazienti. Considerando la ridotta casistica presa in analisi da questo documento rispetto al totale delle diagnosi ADHD in Italia, che per altro viene taciuta, la percentuale dei soggetti ai quali sono stati riscontrati effetti collaterali gravi è a dir poco preoccupante: è di circa il 3,8%. Si specifica che in 7 casi è emersa un'ideazione suicidaria (ARX) e 4 casi di epatotossicità (3 ARX e 1 MPH). Le alterazioni cardiovascolari vengono così sintetizzate: casi di tachicardia, variazione della frequenza cardiaca, ipo e ipertensione, blocco della branca destra, senza particolari differenze fra le molecole somministrate. Si registrano poi disturbi psichiatrici e neurologici, ad esempio: disturbi dell'umore, disturbi del sonno, dell'appetito, tremore, ma questi rientrano tra gli «effetti collaterali attesi»²³, e infatti nei vari documenti ufficiali analizzati vengono spesso citati sottolineando che sono temporanei, facilmente individuabili e curabili. La FDA elencando gli effetti collaterali dei farmaci per l'ADHD assume un tono più severo e non sembra affatto sminuire la portata di: crisi maniacali e depressive con conseguenti tentativi di suicidio, gravi affezioni cardiache, ictus, morte improvvisa. L'allarme è reale, ancor di più se si considera che

questi farmaci, peraltro spesso assunti in combinazione con altri, sono molto più diffusi di quanto attesta il *Registro* e che l'Italia si è adeguata in ritardo alle direttive del *DSM*. Se l'ISS e il Ministero della Salute hanno approvato la classificazione di molecole che in altri Paesi sono tuttora considerate psicotrope e ad alto rischio, tutelandone la distribuzione e sottoponendola a un Registro, i responsabili dei protocolli dovrebbero spiegare perché non tutti i minori ai quali vengono prescritte siano monitorati e quale sia il criterio diagnostico che li porta a sottacere i rischi che l'assunzione comporta, da un punto di vista psicologico e fisiologico. Al contrario il *Protocollo* dichiara: «L'esposizione precoce al trattamento farmacologico del bambino con ADHD piuttosto che favorire, previene l'abuso di sostanze psicotrope in adolescenza»; si sottolineano poi i «vantaggi»: «Riduzione dei sintomi soprattutto l'impulsività, miglioramento del rendimento scolastico e delle relazioni con coetanei e adulti».

Il dato dei 3696 minori monitorati viene suddiviso per Regioni: al primo posto il Veneto (673), al secondo la Toscana (381), poi la Lombardia (374), il Piemonte (326), il Lazio (301) e via via le altre. Tutti i Centri specializzati fanno riferimento al *DSM-IV* tranne l'Emilia Romagna che segue i criteri dell'*ICD-10*. Esiste un fenomeno migratorio da regione a regione, quando i Centri specializzati, dislocati non uniformemente sul territorio nazionale, non riescono a garantire tutte le richieste.

Come già si è denunciato, all'estero — e soprattutto negli USA — il metilfenidato e altri psicostimolanti hanno una diffusione capillare sia fra i minori che fra gli adulti. Decessi, invalidità e altri gravi danni alla salute sono stati più volte ricondotti all'assunzione di sostanze psicotrope. Le case farmaceutiche, pur avendo pagato cifre astronomiche per risarcimenti o multe e pur dovendo inserire — nell'elenco degli effetti collaterali incluso nei foglietti illustrativi dei prodotti commerciali — molte delle gravi conseguenze accertate, continuano un'incessante attività pubblicitaria, presentan-

do queste pillole come la panacea che spalanca le porte al successo: una sorta di energia artificiale sì, ma ampiamente "necessaria" per stare al passo con le esigenze richieste dalla società, una società basata sulla discriminazione di chiunque non sa, non vuole o non può, emergere. Le case farmaceutiche continuano a investire in pubblicità il doppio di ciò che riservano alla ricerca. In particolare negli USA esiste da qualche anno una sorta di "esigenza sociale" alla certificazione ADHD per poter disporre e assumere sostanze che aumentano le prestazioni lavorative, sportive o di concentrazione nello studio. È una sorta di "normalità da doping" alla quale sempre più persone si vogliono adeguare quando capiscono di avere possibilità ridotte nel far fronte alla pressante richiesta di efficienza verso la quale avvertono inadeguatezza. Negli USA le assicurazioni prevedono un risarcimento per molte sindromi di ambito psicologico o psichiatrico, anche per questo motivo aumenta la richiesta della diagnosi da parte degli interessati. Tutto ciò modifica anche la percezione delle difficoltà che ci si trova ad affrontare; ad esempio, l'alcolismo sta cambiando il pregiudizio sociale legato a una debolezza di carattere proprio perché viene ora spiegato come una malattia da dipendenza ²⁴.

La scuola tra mercato e controllo sociale

Tutte e tutti trascorriamo nelle aule diverse ore al giorno per i dieci anni della scuola dell'obbligo, ai quali vanno aggiunti gli anni delle scuole d'infanzia e di quelle superiori. Nessuna istituzione possiede, nelle stesse proporzioni, tali oneri, privilegi e responsabilità. Il tempo scorre in uno spazio che costituisce un'importante opportunità per sperimentare il vivere sociale mentre conoscenze ed esperienze si trasferiscono da una generazione all'altra. La scuola di oggi è di fronte a una serie di nuove sfide. Le aspettative si ampliano a dismisura, sembra non ci sia aspetto dell'esistenza sul quale

non si debba essere preventivamente instruiti. La domanda di rinnovamento profondo interessa gli edifici fatiscenti e pericicolanti tanto quanto le mentalità, i metodi e gli strumenti didattici, fermo restando il principio ineludibile del diritto a un'istruzione libera, diffusa e laica che abbia come finalità la formazione critica di individui e la loro emancipazione nella società. Nella scuola pubblica italiana vige un sistema di garanzie che protegge la libertà di insegnamento e una tradizione pedagogica basata sul confronto dei saperi, su sperimentazioni ed esperienze di didattica attiva. Il diritto all'istruzione, conquista recente e non definitiva, rimane un bene da difendere proprio perché minacciato da concetti di modernità che tendono a svilitre alcune priorità della relazione educativa. Il sapere e la conoscenza sono ancora legati al desiderio di apprendere grazie alla scoperta, alla curiosità, alla riflessione, al confronto delle fonti, al dialogo, alla relazione con l'ambiente e le altre persone, o la cultura è diventata un concetto unilaterale, verticistico e impositivo? Stiamo veramente tornando a quel diktat ideologico secondo cui il Quoziente d'intelligenza dovrebbe essere misurato sui titoli di studio e la sfilza di qualifiche burocratiche? Quali i limiti della libertà di pensiero e di espressione? Che importanza viene data alla volontà di autoformazione? Che motivazioni sostengono al considerare la scuola come uno spazio da cui trarre profitto, come fosse un immenso calderone per futuri consumatori?

Un dibattito ultradecennale ha svelato i meccanismi del processo, ancora in atto, di trasformazione neolibrista della scuola dei diritti alla scuola azienda: tagli alle risorse, competizione al posto della cooperazione, addestramento al lavoro, test di valutazione standardizzati in sostituzione dell'elaborazione critica.

Un segnale allarmante proviene da alcune facoltà universitarie dove il pensiero pedagogico democratico viene spesso svilito o considerato obsoleto e anacronistico. Di pari passo gran parte della cultura umanistica, a favore di un'applicazione utilitaristica delle scienze. Si tratta di un'ideolo-

gia ben strutturata che mira a sostituire gli approcci formativi, ispirati alla ricerca e al senso critico, con una sorta di addestramento funzionale all'accettazione di regole comportamentali imposte, dove la soggettività trova posto soltanto se in linea con i limiti stabiliti dall'omologazione imperante.

Assistiamo al trionfo del criterio EBE, anche se il riferimento esplicito compare raramente, che ha come finalità la subordinazione di tutto il sapere accademico alle esigenze della produttività a tal punto da sovrapporsi ai paradigmi della psichiatria quando trasferisce i criteri della clinica determinista sul settore educativo e scolastico. L'EBE (*Evidence Based Education*) è un orientamento ideologico-politico nato in Inghilterra negli anni 1980-'90 sotto il governo di Margaret Thatcher, e poi di Tony Blair, proprio al fine di condizionare tutte le specializzazioni accademiche agli obiettivi dell'economia liberista. A farne le spese sono anche i saperi umanistici, compresa la pedagogia, in particolare il modo quella definita "tradizionale" o "democratica" colpevole di una presunta scarsità di rigore metodologico²⁵.

È così che il sapere accademico, ammantandosi di una "scientificità più concreta e al passo con i tempi", viene assecondato al mito della produttività; vi si adegua a tal punto da considerare inutili o dannose tutte le discipline che a esso non si riconducano. C'è di più: esistono tecniche ben precise per ottenere la rimozione della memoria a lungo termine; è stato dimostrato che la memoria, essendo selettiva, può essere manipolata in modo tale che si dimentichino elaborazioni non adatte a uno scopo specifico e si mantenga attenta ad altri stimoli creando bisogni indotti, ad esempio in riferimento all'acquisto di prodotti commerciali o a campagne per condizionare il consenso politico.

Si stanno diffondendo approcci didattici capaci di valorizzare gli standard tecnicistici depauperando non soltanto la relazione educativa, ma anche ogni aspetto dei percorsi di crescita: un buon profitto scolastico si può raggiungere grazie al brillante superamento di "prove standardizzate" anche

in assenza di una basilare capacità di elaborazione o, quanto meno, di un'elasticità analitica?

"Sbagliando si impara", dice il proverbio. Ogni persona adulta raccoglie nella sua memoria i momenti di scoraggiamento, i conflitti interiori o interpersonali, le difficoltà e i fallimenti che l'hanno aiutata a maturare atteggiamenti, strategie e, soprattutto, la capacità di individuare priorità e quindi di saper scegliere. Se ci privassero di ciò perderemmo il senso di responsabilità delle nostre azioni. Un conflitto è la spia del cambiamento, della richiesta di ascolto, di una difficoltà nata dalla curiosità, di una sfida contro l'incomprensione, di quei dubbi che aiutano — lungo tutto il corso dell'esistenza — a mettersi in gioco, a voler sperimentare soluzioni che possano corrispondere ai nostri desideri. Un conflitto potrebbe anche far emergere sofferenze originate da traumi, ed è proprio in queste situazioni che la relazione educativa dovrà escogitare strategie ispirate all'empatia. Le relazioni umane sono caratterizzate da un insieme molto complesso: l'indole dei singoli individui, l'emotività, il contesto culturale, storico e sociale. Il cognitivismo e il determinismo clinico tendono a medicalizzare ogni comportamento e ogni reazione emotiva che procuri fastidio, "disturbo" o "disagio" (non a caso molte patologie psichiatriche sono classificate utilizzando questa terminologia) a un mondo adulto omologato su standard culturali che, se accettati, restringeranno sempre di più il labile concetto di norma sociale. Questo è il presupposto per la medicalizzazione di qualsiasi forma di dissenso possa essere espresso, da qualsiasi persona, di qualsiasi età o riferimento culturale. La psichiatria, paradossalmente, non definisce la "normalità", ma elenca le anomalie da curare; non spiega come si origina un pensiero, ma giudica i pensieri e le idee suddividendoli fra razionali e irrazionali, fra giurabili e sbagliati, fra conformi e anomali, fra socialmente accettabili e malati; sancisce le alterità dei processi mentali senza chiarire che cosa si intenda per "processo mentale". Il limite entro cui rinchiodare il concetto di norma si spinge sem-

pre più a favore del patologico autorizzandolo la prescrizione di farmaci adattabili a ogni specificità che, oltre ai danni fisiologici, creeranno dipendenza organica e simbolica. A qualsiasi sofferenza, dovuta a esperienze comuni del vivere umano, si pongono nuovi e dettagliati "paletti" che vanno ad allargare i criteri dell'anomalia clinica: si diagnostica la depressione post parto se la sofferenza non si risolve entro il limite previsto dai manuali, così la depressione post parto (sulla quale vi è autorizzazione anche in Italia a prescrivere trattamenti elettroconvulsivi in seguito all'approvazione della circolare ministeriale del 2 dicembre 1996 firmata da Rosi Bindi) e molte disforie tipicamente femminili. Spesso vengono proposte come prova di "anomalia mentale" le immagini TAC che si modificano in base alle sensazioni o alle emozioni vissute da un soggetto: vengono definite "alterazioni neurali"; in realtà le stesse immagini a colori supportano spiegazioni adattabili a moltissime altre situazioni. La scienza non è ancora riuscita a spiegare le attività della mente attraverso lo studio delle strutture neurali. Ciò che si è scoperto sulle funzioni del cervello è irrilevante per poter dichiarare che questo sia l'organo dove risiede la mente: essa ha possibilità ed energie sorprendenti tanto quanto la facoltà umana di moltiplicare esperienze e relazioni.

La scuola viene così individuata come un fulcro nodale per promuovere sperimentazioni cliniche, per attuare sistemi di controllo sociale e per ampliare a dismisura un immenso mercato basato sulla diffusione di massa di sostanze psicotrope o sedative. In questa prospettiva l'insegnante, mentre viene richiamato al ruolo di solerte vigilante e controllore dei comportamenti non conformi, è considerato un mero intermediario posto al crocevia tra bisogni — rilevati e da rilevare — e mercato esterno.

In una concezione asfittica e assolutamente estranea alle sue mansioni, al suo ruolo e alla sua deontologia professionale l'insegnante, partendo dall'osservazione quotidiana

dei suoi allievi, dovrebbe essere in grado di individuare i comportamenti a rischio "disturbo" e di descriverne accuratamente, nonché acriticamente, i sintomi stabiliti da una scala preordinata; dovrebbe poi passare le informazioni ai professionisti deputati alla diagnosi che, avvalendosi degli strumenti forniti dalla neuropsichiatria, solleciteranno una soluzione farmacologica: esperti clinici che sapranno anche fornire "ricette" didattiche, ossia gli strumenti compensativi e dispensativi da applicare pedissequamente in classe.

Un esempio concreto: il questionario per l'individuazione dell'ADHD (strumento utile a diagnosticare patologie ben al di là di quella dichiarata) arriva quasi per caso nelle mani dell'insegnante. Da un genitore che glielo consegna direttamente con preghiera di compilazione, magari durante l'ora di ricevimento. Oppure viene inviato da uno psicologo/psichiatra/medico di famiglia al dirigente scolastico, il quale provvede a proporlo all'attenzione del Consiglio di classe. La metodologia dell'individuazione del "disturbo mentale" tramite questionari agli insegnanti, in Italia testata e collaudata per la prima volta nell'ambito del Progetto Prisma, da sperimentazione limitata a poche realtà scolastiche in poco tempo è diventata realtà diffusa coinvolgendo scuole di ogni ordine e grado. Questi test, pur somigliandosi, possono contenere domande diverse rispetto a quelli diffusi in precedenza e contenere questi come: «Si eccita eccessivamente», «È eccitabile, impulsivo/a», «È irrequieto/a o iperattivo/a», «Diventa sovraeccitato/a o "su di giri"», «È irritabile e facilmente disturbato/a dagli altri», «Diventa irritabile quando è in ansia», «Perde la calma», «È arrabbiato/a e risentito/a», «Si alza quando dovrebbe stare seduto», «Non riesce a fare le cose correttamente», «Inizia un compito o un progetto senza fare un piano», «Viene facilmente distratto/a da stimoli visivi o uditivi», «Fa errori», «Parla troppo», «Diminuisce le cose che aveva imparato», «Si preoccupa per molte cose», «Non riesce a capire cosa lo rende felice»; oppure «È perfetto/a in tutto», «Dice la verità, non dice nemmeno le

piccole bugie a fin di bene», «È divertente averlo/a intorno» e, per finire, «Si comporta come un angioletto».

Gli esempi sono tratti dalle 115 domande, della forma estesa tradotta in italiano, del questionario *Conners*, nella terza edizione per gli insegnanti, garantita dal marchio "DSM-5 updated" e distribuita a caro prezzo insieme a un apparato di manuali e griglie di punteggio dalla Giunti O.S. Psychometrics, una delle più importanti case editrici scolastiche. Le risposte ai quesiti si avvalgono di una scala da 1 a 4; inoltre viene richiesta la compilazione dei dati dell'insegnante e dell'alunno, tra cui compare anche "l'etnia". La *Conners Rating Scale* è uno degli strumenti diagnostici più diffusi nelle scuole occidentali ed è elaborata dallo psicologo americano Keith Conners, storico pioniere degli studi sull'ADHD avendo personalmente diretto le prime sperimentazioni sul MPH, aprendo la strada alla diffusione del Ritalin. Conners ha poi trascorso gli ultimi anni di vita a denunciare il «disastro nazionale di proporzioni pericolose» di fronte ai dati dell'incrollata diffusione della presunta patologia (dopo avere in prima persona contribuito alla sua istituzionalizzazione), accusando gli artefici di un abuso di diagnosi fatte in suo nome, cioè con la sua scala di misurazione²⁶, e rinnegando una vita di studi dedicati alla scienza, fino a dichiarare: «C'è qualcosa che deve ancora essere scoperto che possa identificare che cosa è ADHD e cosa non lo è?». Similmente al suo collega Leon Eisenberg, altro "padre dell'ADHD"²⁸, che poco prima di morire ha ammesso quanto questa patologia rappresenti un esempio di malattia fittizia. Ciononostante il questionario *Conners*, archetipo di tutti i questionari sull'ADHD compresi quelli del Progetto Prisma, è considerato il più attendibile ed è il più diffuso. L'ISS ha approvato anche altri strumenti diagnostici, assai utilizzati grazie a un numero limitato di domande e al veloce reperimento in rete²⁹: ad esempio, la *Scala per i disturbi di attenzione/iperattività per insegnanti e genitori (SDAI e SDAIG)*³⁰. Ne esistono poi altri, commercializzati da alcune pubblicazioni specialistiche a prescindere dall'ap-

provazione dei protocolli clinici³¹. Il mercato dei test è ampio e vitale, tanto che le case editrici più quotate possono addirittura permettersi di applicare sconti *online* per alcune tipologie di questionari in occasione di particolari eventi³².

Questi standard clinici prevaricano ogni metodologia pedagogica in quanto eliminano dalla didattica la soggettività umana, le particolarità dei contesti e la relazione educativa intesa come percorso di arricchimento reciproco e di ascolto dei bisogni. Il pretesto è sempre quello del "giudizio su basi oggettive", come se gli strumenti proposti dal determinismo e le diagnosi psichiatriche lo fossero! La salute diviene così un concetto sociale di adattamento a una norma che prevarica il rispetto di ogni sensibilità. A esesme più colpiti sono i "soggetti socialmente svantaggiati": ad esempio, la precarietà economica della famiglia di provenienza — visto che torna a essere giudicata come un presupposto capace di ostacolare la capacità a emergere nel ciclo produttivo — viene associata a una debolezza caratteriale evidenziata dai fantomatici "disagi" traducibili in patologica. In questa sinergia politica fra sanità e istruzione va ricercata la volontà a esercitare un controllo sempre più pervasivo. Anzi che in Italia la riduzione delle risorse pubbliche destinate all'istruzione ha coinciso con i progetti di medicalizzazione, individuando le scuole come luogo elettivo per discriminare chi ha così tanta energia da non riuscire a adeguarsi: sul piano della condotta (questo non è un termine anacronistico visto che i *Disturbi della Condotta* aprono spesso la strada a diagnosi più elaborate) e su quello di una valutazione che premia le competenze e lo specialismo sganciandoli da una visione interdisciplinare e critica.

È un controllo che apparentemente viene esercitato unicamente su bambine, bambini e adolescenti, ma che in realtà si tramuta in un boomrang per ogni figura educativa, genitori compresi, nel momento in cui si interviene suscitando sensi di colpa qualora non fossero disposti a "curare" quelle difficoltà interpretate come sintomi di malattia.

L'insegnante dovrebbe possedere tutti gli strumenti per scegliere se aderire agli *screenings*, magari promuovendo un sano confronto professionale con il Consiglio di classe e il Collegio dei docenti; ma nel frattempo potrebbe essere sottoposto a motivazioni contrastanti, a vagliare pubblicazioni specializzate di case editrici interessate, a partecipare a corsi di formazione che spiegano quanto sia "doveroso" rispondere ai questionari per attivare la massima collaborazione fra l'istituzione scolastica e quella sanitaria, oltre a misurarsi con documenti, note, circolari e linee-guida impossibili da cestinare in quanto inviate dal MIUR di cui è dipendente. A partire dallo sdoganamento dell'*MPN* e dalla diffusione delle diagnosi ADHD alcuni dirigenti ministeriali avevano cercato di imporre alle scuole un elenco di prescrizioni per lo più riprese, spesso alla lettera, dalle avvertenze dell'*ISS* o da materiale di propaganda diffuso da associazioni professionali e genitoriali pro-ADHD. Trattasi di documenti³³ incoerenti e contraddittori: mentre alcuni stabilivano l'opportunità da parte della scuola di farsi carico di parte dell'iter diagnostico dell'ADHD:

La somministrazione di questionari funzionali alla diagnosi di tale patologia, distribuiti dalle strutture sanitarie pubbliche specializzate, è pienamente legittima ed è parte ineludibile di tale percorso sanitario e, conseguentemente, deve trovare il consenso e la collaborazione da parte degli insegnanti e dei responsabili delle istituzioni scolastiche³⁴.

altri ribadivano l'esatto contrario:

La diagnosi di ADHD è [...] tutt'altro che semplice, anche in virtù del conseguente possibile ricorso a terapia farmacologica, e comunque non può essere effettuata attraverso le somministrazioni all'interno delle scuole di test o di questionari relativi allo stato psichico ed emozionale degli alunni³⁵.

Il lampante contrasto di opinioni tra dirigenti di settore, firmatari delle circolari e responsabili istituzionali, dovrebbe-

be far riflettere sull'assoluta non-cogenza e non obbligatorietà di tali documenti, come stabilito recentemente anche da importanti sentenze³⁶. Ed è appunto sulla totale mancanza di obblighi specifici che si basa la libertà di scelta per ciascuna figura professionale in ambito educativo: né leggi, né decreti, né contratti collettivi prevedono infatti che si debbano compilare questionari clinici.

Alcuni Enti locali hanno deliberato il divieto di diffondere *screening* nelle scuole del proprio territorio. Già si erano distinte la Regione Piemonte³⁷ e la Provincia autonoma di Trento³⁸ mentre un pronunciamento recente (2017) ha un peso ancora maggiore in quanto è reso pubblico da una circolare emessa dal MIUR attraverso l'Ufficio scolastico regionale dell'Emilia Romagna:

Si esclude la possibilità, all'interno delle scuole di ogni ordine e grado della Regione Emilia-Romagna della somministrazione di test o questionari per la valutazione dello stato psichico, emozionale e comportamentale degli alunni. Nel caso che gli insegnanti sospettino o riscontrino modalità relazionali o comportamentali pregiudizievoli del percorso scolastico degli alunni, è loro compito metterne a parte i genitori ed informarli sui possibili punti di accesso per la valutazione sanitaria³⁹.

Ogni insegnante quindi può continuare ad avvalersi della propria libertà d'insegnamento e della dignità professionale che implica scelte di responsabilità mettendo al primo posto la relazione pedagogica.

Disabilità e sostegno scolastico

Nel nostro Paese l'integrazione scolastica degli allievi disabili è stata agevolata da prospettive pedagogiche avanzate che hanno influenzato favorevolmente l'elaborazione di leggi in tal senso. Alla fine degli anni '60, sull'onda dei fermenti più innovativi, democratici, libertari e delle espe-

rienze maturate ai margini del movimento di contestazione che aveva messo alla prova un sistema scolastico chiuso e monolitico, cominciò a diffondersi un clima favorevole alla deistituzionalizzazione e alla liberazione dei soggetti deboli. Una riflessione accurata riguardò la frequentazione scolastica delle persone disabili; da più parti si chiese la fine della loro segregazione, il superamento definitivo delle classi differenziate e separate dal corpo "sano" della scuola: veri e propri ghehiti che attuarono una discriminazione priva di criteri didattico-pedagogici. Le leggi 51/7/1977 e 104/1992 stabilirono la convivenza di studenti e studentesse all'interno delle medesime aule a prescindere da qualsiasi etichetta diagnostica. Fu l'avvio di una rivoluzione che mise in discussione paradigmi segreganti e allo stesso tempo l'occasione per mettere in pratica scelte pedagogiche innovative: all'esclusione e allo stigma si volle opporre l'opzione di una didattica dell'emancipazione che a partire dal singolo mirava alla crescita di tutta la collettività.⁴⁰

La legge 104 permette di attuare il difficile equilibrio delle prerogative della componente medica, quando elabora diagnosi funzionali collaborando costruttivamente nell'individuare gli strumenti d'intervento, all'interno di un "gruppo di lavoro operativo", il GLHO: un *team* che comprende tutti gli attori interessati – medici, genitori, operatori sociali, Consigli di classe – nella delicata fase di programmazione di un percorso scolastico dedicato allo studente disabile con la supervisione della componente didattico-pedagogica. E da questa interazione virtuosa che discende la sintesi che ispira giornalmente il lavoro dell'insegnante di sostegno e dell'insieme dei docenti della classe. È questo un caposaldo del diritto allo studio che si regge su un fragile equilibrio minacciato dall'urto dei colpi di coda della legge 107/2015, la cosiddetta "buona scuola". La "riforma" (Decr. Leg. 66/2017, collegato alla 107) abolisce alcuni articoli e interi commi della legge 104 riducendo il ruolo dei genitori, espellendo la componente didattico-pedagogica (insegnanti

di sostegno e Consigli di classe) da alcuni momenti decisivi della programmazione scolastica, ampliando oltre misura l'influenza della componente neuropsichiatrica e smantellando di fatto il gruppo di lavoro.

Il decreto sancisce formalmente la previazione clinica esplicitata in una vera e propria esplosione di certificazioni di disabilità, di disturbi e di bisogni speciali. Il dato complessivo delle certificazioni è reso pubblico dal MUR con statistiche periodiche che fotografano una realtà che sembra sfuggita di mano: ogni anno aumenta esponenzialmente il numero degli studenti disabili afferenti alle scuole italiane⁴¹.

Dal confronto con le serie storiche si evince che l'aumento più forte si è attuato proprio nel periodo fra gli anni scolastici 2014-15 e 2016-17: statisticamente si rileva un + 8,3%, in quanto da 234.788 si sono raggiunte le 254.366 unità, quasi 20.000 alunni disabili in più con un dato del totale degli iscritti diminuito del 1,6%. Quasi 3 studenti su 100 (2,9%) hanno una certificazione di disabilità. E tra queste, confrontando le tabelle, accanto ai dati dell'esplosione delle diagnosi la tipologia maggioritaria è quella delle disabilità intellettive (attenzione e comportamenti, affettivo-relazionali, apprendimento). Un'esplosione, probabilmente, non attribuibile unicamente all'efficacia dei nuovi strumenti diagnostici che la letteratura *mainstream* sull'argomento saluta con soddisfazione. L'origine di questo fenomeno va ricercata nella compilazione dei DSM che ampliano a dismisura lo spettro delle sofferenze psicologiche o delle difficoltà riconducibili alle fasi della crescita, enunciandole come categorie di patologia.

Sono molte le voci che denunciano questo abuso. Ad esempio lo psichiatra Michele Zappella afferma che le certificazioni di disabilità comprendono una «copertura diagnostica impropria di situazioni di altra natura»⁴².

“Disturbi, disagi e svantaggi”: i BES

L'istituzione scolastica è diventata un riferimento fondamentale per la segnalazione ai genitori di anomalie, sintomatologie e comportamenti problematici: ci si avvale di psicologi o psichiatri scolastici che spesso hanno, all'interno delle scuole, un proprio ufficio con orari di ricevimento agevolando l'iter diagnostico e terapeutico in sostituzione dell'approccio didattico-pedagogico.

L'ADHD è la diagnosi mediaticamente più esposta; ma da anni vi è la tendenza sempre più diffusa ad accentuare l'osservazione e la stigmatizzazione di diversi comportamenti, definiti “a rischio”, e di molteplici sintomi sottoposti al controllo clinico.

L'approvazione della legge 170/2010 ha avuto il merito di imporre sui DSA un'attenzione didattica fino a quel momento lacunosa⁴³, ma ha avuto come conseguenza un aumento esponenziale delle certificazioni: dallo 0,7% del 2010 al 2,9% del 2017⁴⁴. La L. 170 riconosce e definisce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia stabilendo il diritto a usufruire di appositi strumenti compensativi e dispensativi, oltre a una didattica individualizzata che tenga conto delle caratteristiche peculiari. Nel 2011 il DM n°5669 sulle norme attuative allega le *Linee-guida per il diritto allo studio di studenti DSA*⁴⁵. I casi di reale DSA hanno una spiegazione organica, una diversa conformazione degli emisferi cerebrali che non rappresenta un deficit, ma una diversa modalità di apprendimento e comunicazione. Le statistiche scolastiche sui DSA sono eccessive e non corrispondono alle percentuali stabilite dagli studi neuroscientifici⁴⁶.

In particolare, a ridosso del varo della legge, i dati MUR per l'anno scolastico 2011-2012 annotano un aumento del 54% di certificazioni rispetto all'anno precedente. Da più parti è stato lanciato l'allarme sulle certificazioni facili, favorite da criteri diagnostici giudicati approssimativi che producono “falsi positivi”. Alcuni esempi: *consensus con-*

*ferences*⁴⁷, test più o meno standardizzati, metodologia *evidence based* e, non ultima, apertura progressiva alle diagnosi rilasciate da enti privati⁴⁸, con conseguente ampliamento del giro di affari che già si muoveva intorno al mercato delle certificazioni. Sia che si tratti di DSA o di difficoltà lievi e momentanee, causate probabilmente da esperienze traumatiche, è compito della didattica attuare specifiche strategie pedagogico-educative e relazionali che siano di supporto anche ai genitori, evitando di ricorrere meccanicamente alle certificazioni e ai PDP: troppo spesso la presa in carico standardizzata di qualsiasi conflitto, o di qualsiasi problematica che emerge nel gruppo classe, diviene una sorta di panacea applicabile a prescindere dai contesti e dai casi specifici.

L'aumento indiscriminato della platea di medicalizzati tra gli studenti italiani si è però verificato a partire dal biennio 2012-2013: una sequela di direttive e circolari ha imposto nelle scuole l'individuazione dei BES, traduzione degli *Special Educational Needs* anglosassoni. I BES sono un insieme vasto calderone che comprende, suddividendoli in tre macro-categorie, disabilità, "disturbi", "disagi" e "svantaggi"; anche se questo acronimo spesso viene erroneamente usato per indicare solamente i BES di terzo tipo, del "disagio" o dello "svantaggio". Dei BES "di terzo tipo" non esiste (unica tra tutte le macrocategorie dei bisogni speciali) una statistica generale, anche se le singole scuole ne pubblicano i dati all'interno dei Piani annuali dell'inclusione che dovrebbero essere pubblici. Si suppone, e il dato può essere corroborato dalle esperienze personali degli insegnanti e soprattutto di chi esercita la propria professione in territori particolarmente difficili sotto l'aspetto socio-economico, che gli studenti italiani stigmatizzati dall'etichetta dello svantaggio/disagio con BES siano tantissimi, assai di più delle disabilità o dei disturbi. Tutte e tre le categorie (compresa quella disagi-svantaggi) si riferiscono a uno standard medico, equiparandole alle nomenclature psichiatriche inaugurate dai *DSM-IV* e *5* e all'*ICD-10* fino al più recente e omnicomprensivo riferimento

internazionale, l'*ICF*. L'*ICF* (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute), forte della sua natura di modello di riferimento "bio-psico-sociale" è attualmente lo strumento di riferimento clinico considerato più innovativo e uno dei più utilizzati all'interno degli organismi scolastici. Le disabilità, attraverso il PEI, e i DSA, attraverso il PDP, avevano già un'attenzione didattica garantita e consequenziale alla certificazione medica; i BES estendono però lo status clinico ai cosiddetti "disturbi non-DSA" (compreso l'ADHD) e ad altre difficoltà che possono intervenire nelle fasi di crescita, quali potrebbero essere le sofferenze causate da un lutto, dalle ristrettezze economiche della famiglia, dall'alfabetizzazione dopo un recente trasferimento da un altro Paese... A questo proposito è significativo il fatto che in Italia gli alunni stranieri sono 815.000, il 9,2% dell'intera popolazione scolastica e di questi il 12% è stato certificato⁴⁹.

Anche per i "BES di terzo tipo" è prevista, e di fatto è stata imposta ai Consigli di classe, la predisposizione di un PDP. Ed è proprio sotto questo aspetto che i BES rappresentano sempre più la declinazione scolastica per avviare le diagnosi psichiatriche inaugurate dai *DSM-IV* e *5*. Le sottocategorie della depressione comprendono le esperienze traumatiche o le difficoltà legate all'esperienza diagnosticandole in quanto vere e proprie patologie: non soltanto le sofferenze di adattamento ai cambiamenti della vita o le problematiche sorte in seguito a trasferimenti, alle quali sono interessati i giovani migranti soprattutto se non alfabetizzati, ma anche l'ansia di prestazione o l'irrequietezza – giudicata "stato di noia o di disattenzione" – mostrata da bambine e bambini che di fronte alle richieste dell'insegnante risolvono i compiti in maniera più veloce rispetto al resto della classe, trovandosi così ad affrontare tempi morti per i quali si richiede loro "l'umiltà di aspettare i compagni".

I BES nascono dall'errata considerazione che per accogliere sotto un profilo didattico-pedagogico una difficoltà, o

una particolare esigenza educativa più o meno contingente, occorra un iter amministrativo predisposto e standardizzato, corroborato da diagnosi, prese in carico ufficiali, scartoffie burocratiche e magari ricorsi in tribunale per inadempimenti. Così si medicalizza e stigmatizza ogni problematica che il controllo sociale aveva sinora evitato di considerare... e le conseguenze sono più vaste di quanto si sarebbe potuto immaginare.

I BES dello svantaggio hanno diritto a un PDP che indichi gli strumenti compensativi e dispensativi che il Consiglio di classe si impegna ad applicare, del tutto simile all'iter obbligatorio previsto per i DSA. Paradossalmente l'utilizzo di questi strumenti formalizza e sostanzia il rapporto educativo: abbassando richieste e aspettative l'insegnante abdica dalle sue responsabilità pedagogiche e adotta atteggiamenti che lo portano a mantenersi entro i limiti stabiliti dal PDP, anche per il timore di essere sottoposto a un ricorso.

Dal punto di vista dei genitori, lo strumento del piano personalizzato a supporto di un bisogno speciale rappresenta in tantissimi casi un argine alle ansie da deficit da prestazione scolastica del figlio. La facilità a ottenere una certificazione di questo tipo (sempre che la famiglia si possa accollare la spesa, particolare questo che dovrebbe far riflettere sugli ulteriori meccanismi di privilegio sociale che si possono innescare) crea il diffuso fenomeno della "certificazione a fine primo quadrimestre". All'ottenimento di una personalizzazione del piano didattico può subentrare, insieme ai benefici di un'attenzione particolare allo studente e di un notevole sollevamento del livello di lavoro richiesto, lo stigma rappresentato da una identificazione pregiudiziale all'interno dell'ambiente scolastico e sociale. Ricadere nello standard BES, soprattutto se manca il dovuto rispetto della *privacy*, si configura spesso in una interiorizzazione della propria "diversità" con conseguenze dannosissime sulla percezione del sé, sull'autostima, sulle opportunità di relazione e le prospettive per la vita futura.

Il bisogno speciale (o le esigenze individuali) non dovrebbero aver bisogno di formalizzazione. Gli insegnanti hanno gli strumenti della formazione e dell'esperienza professionale, oltreché quelli legali⁵⁰, per valutare quando, e come, si debba "personalizzare" la didattica, pur all'interno di una piccola comunità di apprendimento condiviso. La burocratizzazione di aspetti quotidiani dell'attività scolastica ha registrato eccessi sui quali ultimamente anche il MIUR ha centrato la sua attenzione attraverso una recente circolare⁵¹ che afferma:

La documentazione proposta [ovvero i piani didattici personalizzati], seppur utile a condividere scelte e finalità, ha spesso appesantito l'attività scolastica tanto da essere intesa da molti docenti alla stregua di meri processi burocratici, rischiando così di rafforzare la percezione dei genitori che tali atti e procedure possano assicurare un diverso livello di presa in carico di alcuni alunni [...]. Si tratta di non ridurre i traguardi da raggiungere [...] ma di favorire, progettare ed accompagnare percorsi diversi, affinché ne sia garantito il loro conseguimento [...]. Dopo aver per tanti anni acquisito una sensibilità legata all'individuazione e alla gestione dei Bisogni Educativi Speciali, ora le nostre comunità educanti possono andare oltre [...]. È necessario riavviare un confronto professionale che superi la tendenza a distinguere in categorie le specificità di ognuno, con il rischio di attuare la personalizzazione prevalentemente mediante l'utilizzo di strumenti burocratici e di merito adempimento per sviluppare, invece, proposte che tengano conto della complessità, della eterogeneità e delle opportunità formative delle classi.

Gli insegnanti hanno così l'occasione di superare l'ideologia dei BES, di ritornare alle risorse del confronto professionale e della didattica anziché delegare alla medicalizzazione e alla burocrazia dei PDP il senso e la dignità del proprio lavoro.

Dalle certificazioni alla somministrazione di psicofarmaci

Un'attenzione crescente da qualche anno a questa parte è stata dedicata da diversi enti di ricerca alle statistiche sull'assunzione di psicofarmaci durante l'età evolutiva, tanto che oggi abbiamo un quadro più preciso (e assai preoccupante) rispetto a dieci anni fa, nonostante i dati continuano a essere incompleti e approssimativi.

L'«European Journal of Neuropsychopharmacology» ha pubblicato nel 2016 un importante studio⁵² riguardante l'aumento del consumo di antidepressivi in età infantile e adolescenziale nel periodo dal 2005 al 2012 in 5 Paesi: in Gran Bretagna (+54%), in Danimarca (+60%), in Germania (+49%), negli Usa (+26%) e in Olanda (+17%). Viene sottolineato che si tratta di un trend mondiale, anche se meno marcato nei Paesi mediterranei, inclusa l'Italia.

Un ulteriore studio⁵³ sui *database* delle prescrizioni ambulatoriali riguardanti sette Regioni italiane (50% dell'intera popolazione) ha fornito dati risalenti al periodo 2006-2011: nel 2011, 8834 giovani hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci psicotropi, con una prevalenza dell'1,76%. L'incidenza di nuovi consumatori di psicofarmaci è dell'1,03%. La prevalenza di antidepressivi è dell'1,02%, quella di antipsicotici 0,70% e quella di farmaci per l'ADHD 0,19%.

Dati più recenti (ma sempre incompleti) si leggono nella presentazione online di *Psicofarmaci in età evolutiva*, pubblicato dall'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano e curato da Maurizio Bonati⁵⁴. Si stimano circa 400.000 minori assistiti dal SSN per disturbi mentali di varia entità: il 3,5% del totale della popolazione con un'età compresa tra gli 0 e i 18 anni. Tra questi:

Sono circa 20.000 coloro che ricevono una prescrizione di psicofarmaci rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. La di-

menzione del problema è, però, sicuramente superiore, se si considera il ricorso al servizio privato e alla prescrizione pagata dal paziente.

Dalle cifre riportate da Bonati si evince che il 5% di tutti i minori assistiti dalla neuropsichiatria pubblica assume regolarmente psicofarmaci: dato che desta perplessità in quanto appare poco plausibile che il totale delle prescrizioni farmacologiche sia inferiore alle diagnosi e con uno scarto così abnorme! Ma, avverte lo stesso Bonati in un'intervista al «Corriere della sera»:

Il problema vero è un altro: ovvero che i farmaci più utilizzati nei minorenni sono spesso inappropriati. Come la Paroxetina, il cui uso è fortemente sconsigliato sotto i 18 anni – come ha affermato la Food and Drug Administration americana in un "alert" –, perché può fare anche aumentare i casi di suicidio. Invece, essendo il farmaco di riferimento per trattare la depressione negli adulti, viene spesso prescritta anche agli under 18.

L'alert è stato ripreso recentemente, e con notevole ritardo, anche in Italia in un documento curato e diffuso dal CUF dopo l'esito di *clinical trial* condotti su bambini e adolescenti che sottolineavano effetti collaterali da comportamenti autolesivi e suicidari. La paroxetina è prescritta prevalentemente a donne con diagnosi depressive e in particolare da *Disturbi ossessivo-compulsivi*, *Attacchi di panico* e *Fobia sociale*: quest'ultima è la più recente nomenclatura utilizzata per la timidezza, quando dalla psichiatria viene giudicata "eccessiva". Nella medesima intervista, sempre secondo Maurizio Bonati:

Per quanto riguarda i bambini e adolescenti trattati con psicofarmaci si va dall'1-2 per cento negli Stati Uniti al 4-5 per mille in Europa, fino al dato italiano, che è di circa l'1 per mille (almeno 20mila casi). Per la stragrande maggioranza si tratta di ragazze tra i 12 e i 17 anni: le femmine curate con questi farmaci sono esattamente il doppio dei coetanei maschi. Soffrono

di disturbi alimentari, alterazioni dell'umore, disturbi d'ansia o di panico³⁵.

Si possono trovare altri studi statistici che comunque risultano parziali in quanto considerano solamente i dati forniti dal SSN dai quali non soltanto vengono esclusi i protocolli terapeutici delle strutture private e tutto il "sommerso" degli acquisti online, ma spesso non considerano nemmeno le prescrizioni pediatriche effettuate senza una precisa indicazione diagnostica degli specialisti: in genere benzodiazepine per "aiutare i bambini a dormire", o per "ansie della crescita". L'approssimazione dei dati rileva ambiguità: un esempio lo fornisce il confronto del 5%, citato dall'Istituto M. Negri, riguardante la percentuale di popolazione in età pediatrica curata con psicofarmaci e i dati forniti dal Ministero della Salute riportati a p. 68 che, pur considerando il riferimento all'intera popolazione italiana, fanno desumere una portata molto più vasta del fenomeno.

Pedagogia e clinica: due ambiti contrapposti

Ci sono momenti della nostra vita in cui l'orologio biologico gira a velocità vorticose. Un ritmo irripetibile di cambiamenti-raggiungimenti-passaggi-superamenti scandisce l'evoluzione fisica ed emotiva, interessa tutte le esperienze dall'infanzia all'adolescenza facendole coincidere con quella scolare. In (relativamente) pochi anni da bambine e bambini ci ritroviamo adulti.

Potrebbe sembrare banale rilevare il ruolo che l'ambiente e la cultura esercitano, ma è basilare sottolinearlo. La crescita non è soltanto biochimica. Le fasi evolutive sono contrassegnate da rapporti ambientali non catalogabili, sono mutevoli in quanto relazionali e quindi cangianti, fluidi. L'approccio educativo non può dunque essere in alcun modo "oggettivo", nel senso di codificato, fissato, dato una vol-

ta per tutte, come vorrebbe il pensiero deterministico-scien-
tista. Non può basarsi sulla dicotomia tra il normale e il patologico, in quanto significherebbe imporre giudizi per tradurre in alibi l'incapacità relazionale del mettersi in gioco. È questa una predisposizione etica che riguarda tutti i luoghi educativi, visto che ogni persona è parte di una comunità educante, che i contesti dell'apprendimento sono vasti quanto l'arco dell'esistenza e che la crescita culturale raggiunge la sua accezione più ampia quando i valori della convivenza e della socialità non hanno età o confini, né limitazioni pre-giudiziali. Ma è vero anche che, a partire dalla scuola ma non soltanto nella scuola, nel rapporto tra generazioni occorre riappropriarsi della capacità di saper interrogare liberamente con i cambiamenti. È possibile contrastare la pedagogia del "metodo" di stampo anglosassone che, in linea con la visione neoliberalista, mira a un addestramento alla produttività, all'efficienza, alla centralità del risultato. Un'influenza deterministico-economico-efficientista che nelle scuole è diventata didattica delle competenze, degli obiettivi, dei test standardizzati, dei crediti e dei debiti, degli *special needs*, dei principi della *customer satisfaction*, applicati più o meno consciamente ai rapporti con studenti e genitori, e rappresenta il riferimento primario di individuazione di "comportamenti devianti" allo scopo di strapparli alla didattica attiva, relazionale ed empatica per trasformarli in diagnosi.

La pedagogia dovrebbe liberarsi definitivamente di parole (che sono concetti, metodi, significati, vincoli) come: competizione, profitto, grafico standardizzato, test a crocette, valutazione, prestazione, scala di competenza. Il sapere e l'apprendimento, vissuti come esperienza di confronto, niente hanno a che fare con i parametri di una richiesta sociale imposta dal mercato produttivo. Il sapere scambiato per una merce riduce ogni relazione educativa a un ingranaggio discriminatorio.

L'unico antidoto alla medicalizzazione è "ritornare a insegnare" che oggi significa andare controcorrente rispetto a

quei corsi di formazione, diventati "scuole di metodo", dove la parola "pedagogia" scompare e si ritiene anacronistico (forse semplicemente scontato, ma ne segue una tragica dimenticanza!) il confronto con il pensiero ispirato a maestri del calibro di Rousseau, Pestalozzi, Froebel, Steiner, Tolstoj, Neill, Montessori, Malaguzzi, Don Milani, Danilo Dolci, Mario Lodi, Gardner ecc. o con le sperimentazioni della scuola di Barbiana o quelle (meno famose) di qualche anno dopo degli asili autogestiti di Porta Ticinese⁵⁶, o quelle attuati dalle scuole libertarie⁵⁷, e altre ancora, rimaste magari sconosciute perché non documentate tramite pubblicazioni. Leggendo le testimonianze provenienti da esperienze pedagogiche impostate su criteri rispettosi dei bisogni soggettivi colpisce quanto ogni persona si senta coinvolta dalla comunità nel suo insieme dove, in un interagire progressivo, il piacere della scoperta e della conoscenza assume un valore di privilegio impagabile: qualora poi dovessero sorgere conflitti che generano disattenzione e disinteresse, la ricerca di strategie di soluzione è una responsabilità collettiva che evita scorciatoie discriminatorie. Dare priorità alla relazione educativa equivale a giovare della libertà di insegnamento, ancora garantita, e saper sperimentare originali approcci didattici e pedagogici a seconda dello stile personale e di tutto il contesto culturale con il quale ci si relaziona. Significa inoltre mettersi in rete, informarsi, saper condividere: volere davvero opporsi alla logica escludente e individualista del *bonus*, o dei premi per insegnanti più bravi, e adottare uno stile cooperante e realmente collegiale. Non è facile avere un punto di vista "altro" sull'organizzazione e sulla gestione delle scuole come sull'approccio pedagogico, così come non lo è mettere in discussione giorno per giorno gli aspetti deleteri della nuova (cosiddetta "buona") scuola impregnata di burocrazia e di strumenti didattici sempre più pervasivi. Il principale impulso dovrebbe coincidere a un'etica della motivazione abbinata all'entusiasmo: questo per gli occhi attenti ed esigenti delle giovani generazioni costituisce "1a"

differenza sostanziale affinché si serbino ricordi positivamente indelebili dell'esperienza formativa.

In parole povere, basterebbe attenersi ai significati del lemma "educare": tirar fuori, suscitare interesse, offrire mediazione, stimolare, stupire, incuriosire, incoraggiare, trarre spunti dall'esperienza condivisa per riflettere, invitare all'elaborazione dei concetti, trasmettere sapere.

La persona adulta non è preposta unicamente nel dare a chi deve prendere, o apprendere. In ogni relazione il confronto è la base del rispetto reciproco: se poi si sceglie di svolgere la professione dell'insegnamento, pur fra tante contraddizioni e difficoltà, non si dovrebbe offendere il proprio compito considerandolo parte di una funzione tecnica. Tecnicismo, ingerenze della clinica e pedagogia, qualora coincidessero, decanterebbero definitivamente la morte della relazione educativa e il titolo di questo piccolo contributo editoriale risuonerebbe di tonalità ancor più nefaste.

Chiara Gazzola ha una formazione antropologica e si è spesso occupata di approfondire alcuni dei tanti ambiti che limitano la libertà di espressione degli individui e delle collettività. Relatrice a convegni, ha pubblicato articoli e libri: *Il desiderio, il controllo e l'eresia. Approcci critici alla bioetica, alla procreazione assistita e alla sperimentazione di farmaci sulle donne e sui bambini*, (coautrice L. Siddi), Ragusa, La Fiaccola, 2003; *Le urla dal silenzio. La paura e i suoi linguaggi*, Reggio Emilia, Aliberti, 2006; *Divieto d'infanzia. Psichiatria, controllo, profitto*, Pisa, BFS, 2008; *Fra diagnosi e peccato. La discriminazione secolare nella psichiatria e nella religione*, Milano, Mimesis, 2015.

Sebastiano Ortu è insegnante di lettere e di sostegno nelle scuole superiori. È coautore, con B. Beneforti e R. Niccolai, del volume *A lungo andare* (Pistoia, Settegiorni, 2007) in cui si racconta un'esperienza di didattica delle migrazioni svolta con gli alunni di alcune scuole della provincia di Pistoia. È membro attivo del Cesp (Centro studi per la scuola pubblica) per il quale da anni svolge attività seminariali sulle tematiche della didattica e dei diritti degli studenti disabili, per un approccio critico alla legislazione sui cosiddetti "bisogni educativi speciali".

Ristampe

1 2 3 4

Anno
2019 2020

Stampato per conto di BFS edizioni - Pisa
da Digital Book, Città di Castello (PG)
su carta da fonti gestite in maniera responsabile.