

---

## COMUNICATO STAMPA

### **PSICOFARMACI AI BAMBINI? SÌ: QUANDO PROPRIO NECESSARIO E SOTTO CONTROLLO.**

Il provvedimento dell'Agencia Italiana del Farmaco con cui il 28 marzo sono state modificate le indicazioni terapeutiche della fluoxetina (conosciuta come Prozac<sup>®</sup>, ma in commercio in Italia anche con altri 21 nomi commerciali), aggiungendo la possibilità prescrittiva per i bambini a partire dagli 8 anni di età affetti da depressione medio-grave ha suscitato sugli organi di informazione commenti spesso emotivi e poco oggettivi (non basati sulle conoscenze scientifiche disponibili).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente documentato che la depressione nei bambini minori di 14 anni rappresenta la quinta causa di malattia nei giovani europei. In adolescenza il suicidio, spesso legato ad un disturbo depressivo, costituisce la seconda causa di morte. Si stima che oltre il 10% dei bambini soffra di disturbi neuropsichiatrici, rappresentati in maggioranza da sindromi depressive (2% nei bambini e 8% negli adolescenti). In Italia, sebbene un accurato e sistematico monitoraggio nazionale dei disturbi neuropsichiatrici ad esordio nell'età evolutiva non sia ancora attivo, la situazione non dovrebbe differire molto da quella europea.

Secondo i criteri diagnostici internazionali, per poter formulare la diagnosi di depressione occorre che il medico osservi un bambino con umore marcatamente triste o irritabile che permane costante per più di due settimane e con la persistente incapacità di provare piacere per le attività precedentemente gradite. Occorre inoltre che siano anche presenti almeno quattro dei seguenti sintomi: disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), aumento o diminuzione significativi del peso corporeo, fatica o perdita di energia, agitazione o marcato rallentamento psicomotorio, pensieri di morte, ideazione suicidaria o tentativo di suicidio. L'entità dei sintomi e la loro valutazione variano considerevolmente e l'accuratezza della diagnosi e la stima della gravità possono differire tra gli operatori, ma l'elemento caratterizzante è che l'insieme dei sintomi deve determinare una grave e stabile interferenza nella vita quotidiana, sociale, scolastica e familiare.

Il primo intervento terapeutico è rappresentato dalla terapia psicologica che in molti casi (i medio-lievi) è efficace nel ridurre e controllare i sintomi. Nei casi più gravi è invece necessario ricorrere anche al farmaco (che va quindi aggiunto alla terapia psicologica, anche familiare, e che non rappresenta, se non in rari casi l'intervento di prima scelta). Sebbene le informazioni di efficacia e sicurezza degli psicofarmaci nei bambini siano scarse, tra i farmaci antidepressivi le conoscenze scientifiche disponibili indicano nella fluoxetina il farmaco (oggi) di scelta.

Le considerazioni che si possono fare circa la prescrizione della fluoxetina sono comuni all'uso di tutti gli psicofarmaci nel bambino e nell'adolescente e possono essere così riassunte:

- la diagnosi del disturbo neuropsichiatrico deve essere effettuata da operatori della salute mentale dell'età evolutiva e deve sempre coinvolgere, oltre al bambino, i suoi genitori, gli insegnanti e il pediatra di famiglia;
- il programma di trattamento deve prevedere consigli, supporto alla famiglia e al contesto di vita, e interventi psicologici specifici. La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata dal neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità scientifica internazionale.

Il provvedimento AIFA già vincola la prescrizione di fluoxetina nei bambini alla presenza di diagnosi e piano terapeutico degli specialisti di Neuropsichiatria Infantile, in associazione ad un intervento psicoterapico. Per attuare ulteriormente queste indicazioni, limitare l'uso di psicofarmaci ai soli casi di reale bisogno e monitorare i percorsi assistenziali dei bambini (e delle relative famiglie) con disturbi neuropsichiatrici è auspicabile l'attivazione di un Registro Nazionale specifico per l'uso di tutti gli psicofarmaci nei bambini, sul modello di quanto attuato con il Registro Nazionale dell'ADHD.

*Dr. Maurizio Bonati*  
IRFMN

*Dr. Franco Nardocci*  
SINPIA

*Dr. Pietro Panei*  
ISS

*Prof. Filippo Calamoneri*  
GCNPONPI