

## Editoriali

### LA FARMACOVIGILANZA A SERVIZIO DEI BAMBINI E DEI PEDIATRI

Tra le varie attività che ho fatto nella mia vita professionale, c'è anche quella di medico di medicina generale: l'ho fatto per una decina di anni, negli anni '80, in un quartiere periferico di Milano. A quell'epoca c'erano pochi pediatri di base, per cui avevo anche molti piccoli assistiti, che seguivo, di solito, insieme al loro pediatra.

Da quella esperienza mi è derivata una profonda invidia per i colleghi pediatri: perché veder crescere un bambino, seguirlo nelle varie fasi dell'infanzia e dell'adolescenza è una esperienza unica, irripetibile. Se un medico segue un adulto per 10 anni è come se il tempo si fosse fermato: invecchiano tutti e due, ma non se ne accorgono. Ma 10 anni di un bambino sono un'epoca infinita, in cui cambia tutto. L'altra cosa entusiasmante è il rapporto che si crea con i bambini, quando ti conoscono, quando li hai visitati, quando erano malati: è un rapporto di fiducia che dura anche adesso, a distanza di moltissimi anni.

Attualmente faccio un altro mestiere: dirigo da due anni l'Ufficio di Farmacovigilanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco; anche se può sembrare strano, considero questo lavoro come una variante del lavoro di diagnosi e cura che ho fatto per trent'anni. Infatti la farmacovigilanza mi interessa perché si occupa di malati, di efficacia e di effetti avversi, del bilancio che ogni medico deve fare tra i possibili benefici di una terapia e gli eventuali rischi: e quindi la mattina, prima di fare qualsiasi altra cosa, accendo il computer, apro la rete di farmacovigilanza, e guardo le segnalazioni che sono arrivate dai medici italiani. Nell'ultimo anno le segnalazioni sono aumentate del 50%: ogni mattino trovo dalle 50 alle 70 segnalazioni. Anche se molte sono note e per fortuna non gravi, mi fanno sempre un grande effetto: in decine di ambulatori e ospedali, ogni giorno, pazienti e i loro medici si sono trovati di fronte a una reazione inattesa, nel momento delicato della malattia: una reazione che, anche se non grave, coglie il paziente in un momento di debolezza e difficoltà, e lo può anche indurre a sospettare della competenza del proprio medico. Così guardo queste segnalazioni come se fossero dei piccoli casi clinici, e qualche volta, quando il caso deve essere approfondito, telefono ai colleghi.

Guardando queste segnalazioni giornalmente, sono stato colpito dalla esiguità di segnalazioni che riguardano i bambini. Le segnalazioni di reazione avversa sono poche (sono il 16% del totale), e nella grande maggioranza dei casi si riferiscono a reazioni da vaccino (ben il 70%). Ma, soprattutto, la grande maggioranza delle segnalazioni dei bambini non viene da pediatri, ma dai Pronto Soccorso degli ospedali (le segnalazioni dei pediatri sono passate dal 3,7% del totale nel 2006 al 2,7% nel 2007).

Ho cercato di spiegarmi la ragione di questo fatto. Forse, nel rapporto così stretto che si crea tra il pediatra e il suo piccolo paziente, la segnalazione di una reazione avversa, benché anonima, appare come una intrusione della burocrazia, come un atto che banalizza questo rapporto? Capisco che ci possa essere questa sensazione, accanto alla sfiducia per tutta una serie di atti dovuti di cui non si com-

prende la necessità (e nel nostro mestiere ce ne sono tanti). Vorrei dire però, ai colleghi pediatri, che questa volta si sbagliano: tutte le segnalazioni di reazione avversa che arrivano alla rete nazionale di farmacovigilanza vengono analizzate, automaticamente inviate alla rete europea (*Eudravigilance*), a disposizione di tutti i Paesi europei, e diventano uno dei determinanti su cui si valuta il profilo beneficio/rischio di un farmaco.

Le segnalazioni di reazioni avverse sono un mezzo importante per far sorgere segnali di allarme su possibili effetti non noti, e talora gravi, dei farmaci. In pediatria, in una situazione in cui ci sono pochi dati sperimentali sui bambini, in cui l'uso off-label dei farmaci è spesso una necessità, la segnalazione precoce di evento inatteso può essere molto importante. E che, per concludere, il pediatra che segnala la reazione avversa di un suo piccolo paziente fa l'interesse del suo e anche di tutti i piccoli pazienti che potrebbero trovarsi nella medesima situazione.

**Mauro Venegoni**

**Responsabile del Servizio di Farmacovigilanza  
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**

### CHIKUNGUNYA: DIAGNOSTICARE UNA NUOVA INFEZIONE, CONTRASTARNE LA DIFFUSIONE

L'Italia è la prima nazione a Nord dell'Equatore in cui si sia verificata un'epidemia di Chikungunya, una infezione causata da un Arbovirus, che si manifesta soprattutto con febbre e dolori articolari ed è trasmessa dalla puntura di zanzare infette<sup>1</sup>.

L'epidemia ha interessato la Romagna, e in particolare i Comuni di Cervia, Cesena, Ravenna e Rimini, dove dal 15 giugno al 28 settembre sono stati identificati 249 casi totali, di cui 203 confermati con indagini di laboratorio (dati aggiornati al 22 ottobre 2007). La trasmissione autoctona è stata confermata anche dall'isolamento del virus della Chikungunya (CHIKV) in zanzare tigre raccolte nella zona interessata<sup>2</sup>.

Anche se le manifestazioni cliniche dell'infezione in genere non sono gravi<sup>1</sup>, è importante per il medico conoscere questa malattia, fino a oggi confinata a Paesi tropicali. Sospettare una eventuale infezione da CHIKV e ricorrere agli esami per la conferma di laboratorio è importante non solo per il singolo paziente, la cui terapia è sostanzialmente sintomatica (antipiretici, antidolorifici), ma soprattutto per contribuire alla conoscenza epidemiologica, quindi per un intervento preventivo che non può che basarsi su una aggressiva lotta alla zanzara vettore.

Perché possa avvenire la trasmissione, infatti, la zanzara deve pungere un individuo infetto durante la fase viremica. Il CHIKV si replica quindi nella zanzara, che a sua volta la ritrasmette a un altro uomo, pungendolo.

Le specie di zanzare certamente coinvolte nella trasmissione del CHIKV includono l'*Aedes aegypti* (che non è presente nel nostro Paese) e l'*Aedes albopictus*. Quest'ultima, conosciuta come zanzara tigre e largamente diffusa in Italia, sembra essere particolarmente efficiente nel trasmettere il virus.

## Editoriali

Nel 2006, proprio l'estesa presenza della zanzara tigre in Italia aveva portato il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (*European Centre for Disease Control, ECDC*) a considerare il nostro Paese a rischio elevato di trasmissione autoctona dell'infezione<sup>3</sup>. La presenza di focolai epidemici in diverse zone tropicali che sono frequenti destinazioni turistiche, e in particolare in alcune isole dell'Oceano Indiano, rende infatti altamente probabile che un viaggiatore acquisisca l'infezione in una delle aree affette, e rientri in Europa durante la fase viremica. In presenza della zanzara tigre, possono quindi crearsi le condizioni per la trasmissione del CHIKV. Questo è esattamente quanto successo in Romagna, dove, nell'agosto 2007, la presenza di un cluster di pazienti con febbre e dolori artromuscolari in due frazioni contigue dei Comuni di Cervia e Ravenna (Castiglione di Cervia e Castiglione di Ravenna) aveva fatto inizialmente ipotizzare un focolaio di febbre da pappataci. L'assenza di pappataci, unita alla massiccia presenza di zanzare tigre, aveva successivamente portato a sospettare l'infezione da CHIKV, confermata il 29 agosto.

L'indagine dell'epidemia ha permesso di ricostruire che il caso indice era con tutta probabilità un cittadino straniero, proveniente da una delle aree colpite del subcontinente indiano. Arrivato in Italia il 21 giugno, ha sviluppato i sintomi due giorni dopo, mentre si trovava a Castiglione di Cervia. Il primo caso autoctono è stato un cugino del caso indice, residente nella stessa zona, che ha presentato i primi sintomi il 4 luglio. Il picco della curva epidemica si è verificato durante la terza settimana di agosto<sup>4</sup>.

L'epidemia è stata contrastata con interventi aduicidi e larvicidi contro la zanzara tigre nei luoghi pubblici e privati, situati entro un raggio di 100 metri dalla zona di residenza di tutti i casi sospetti, e nell'arco di 300 metri in presenza di cluster di casi.

È stata inoltre potenziata la comunicazione al pubblico, per promuovere un coinvolgimento attivo nelle misure di controllo del vettore e l'educazione sanitaria in generale.

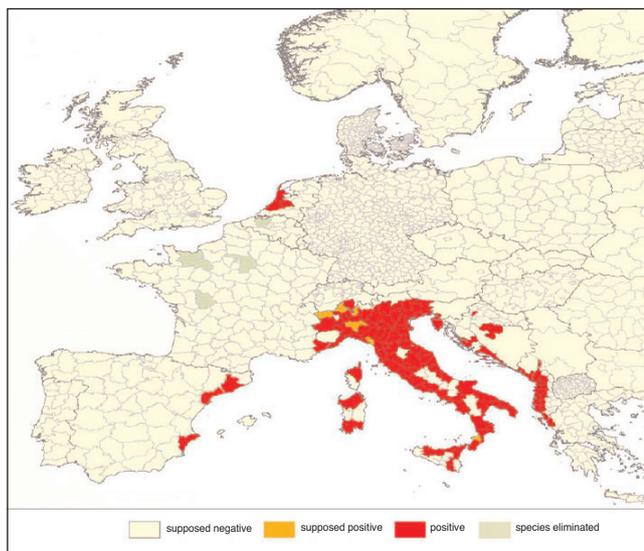
Combattere la zanzara tigre è infatti l'unico intervento efficace per contrastare la diffusione del CHIKV, e richiede investimenti rilevanti: in Emilia Romagna è stato finora stanziato un milione di euro, come intervento di sostegno agli Enti locali per far fronte agli interventi straordinari di lotta al vettore.

L'epidemia di CHIKV ha avuto importanti risvolti anche sull'approvvigionamento del sangue, che in Emilia Romagna si è ridotto del 10% circa durante il periodo in cui erano presenti casi. In presenza di trasmissione autoctona, infatti, è stato deciso di sospendere le donazioni di sangue per 45 giorni in tutto il Comune interessato, visto il rischio di trasmissione per via ematica.

Dal 28 settembre in Emilia Romagna non vi sono più stati casi, ma data la massiccia diffusione in Italia della zanzara tigre (vedi Figura), è possibile che in futuro si presentino nuove epidemie.

L'epidemia in Emilia Romagna mostra anche quanto sia difficile pensare all'infezione da CHIKV, se il primo caso importato da un'area affetta non viene identificato. D'altra parte, l'identificazione dei casi importati non è sempre facile, perché i sintomi non sono specifici, né gravi.

Da qui alla prossima primavera, quando il rischio di puntura



Presenza di zanzara tigre in Europa, per provincia, al gennaio 2007 (da voce bibliografica 4).

da zanzara tigre tornerà elevato, sarà importante migliorare le conoscenze su questa infezione sia tra gli operatori sanitari che tra la popolazione.

Per intervenire rapidamente in caso di una nuova trasmissione autoctona è infatti indispensabile uno stretto coordinamento tra diverse figure, in modo che: a) pediatri e medici di famiglia considerino anche la CHIKV tra le cause di malattie febbrili acute, se accompagnate da dolori articolari e muscolari, e insorte nei mesi in cui sono presenti le zanzare tigre; b) siano disponibili capacità di laboratorio adeguate per la conferma della diagnosi. Al momento, sono stati individuati due laboratori di riferimento nazionali (rispettivamente presso l'ISS e l'IRCCS Lazzaro Spallanzani di Roma)<sup>5</sup>; c) i casi sospetti e confermati vengano rapidamente segnalati alle ASL; d) le segnalazioni attivino una pronta indagine dei casi e le appropriate azioni di controllo del vettore.

La presenza di questa zanzara in altri Paesi europei costituisce un serio motivo di preoccupazione anche nel resto d'Europa, e l'ECDC sta per questo conducendo una nuova valutazione del rischio, che dovrebbe essere disponibile nella primavera 2008.

**Marta Luisa Ciofi degli Atti**  
**Reparto di Epidemiologia delle Malattie Infettive, CNESPS, ISS**

### Bibliografia

1. Giacomoni E, Pocecco M, Palazzi M. Chikungunya: primo focolaio epidemico italiano di una malattia tropicale. *Medico e Bambino* 2007; 26:667.
2. Angelini R, Finarelli AC, Angelini P, Po C, et al. An outbreak of chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy. *Euro Surveill* 2007; 12 (9):E070906.1. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/070906.asp#1>
3. Depoortere E, Coulombier D. ECDC Chikungunya risk assessment group. Chikungunya risk assessment for Europe: recommendations for ac-

tion. Euro Surveill 2006;11(5):E060511.2. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060511.asp#2>  
 4. Joint ECDC/WHO visit for a European risk assessment Mission report: Chikungunya in Italy. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ecdc.eu.int/pdf/071030CHK\\_mission\\_ITA.pdf](http://www.ecdc.eu.int/pdf/071030CHK_mission_ITA.pdf)  
 5. Ministero della Salute. C. M. prot. DGPREV.V/P/18985/1.4.c.a.9 del 4 agosto 2006. Sorveglianza della Chikungunya. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/389/Nota\\_Chikungunya\\_08\\_06.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/389/Nota_Chikungunya_08_06.pdf)

## LA SITUAZIONE DI MIA SORELLA NON È BUONA...



Spero che molti lettori e molte lettrici abbiano visto e sentito, in TV, lunedì 26 novembre, lo show di Celentano, e ascoltato la canzone che diceva più o meno così: che la situazione di sua sorella non è buona, la situazione internazionale non è buona, la situazione del suo lavandino non è buona, la situazione del governo non è buona, ma però... qualcosa che ci unisce c'è. Lo spero, perché così capiscono il titolo di questo editoriale casalingo e apocalittico di fine anno; e un po' non lo dovrei sperare, perché, in fondo, questo editoriale che mi appresto a scrivere è già tutto contenuto in quella canzone, e nella esortazione finale di Celentano, a cambiare noi stessi per cambiare il mondo, in cui loda Berlusconi per la sua rivoluzione che ha sconvolto gli equilibri politici, ma lo ammonisce che, se non cambia se stesso, se non porta la rivoluzione dentro di sé, quel cambiamento non serve, e quel partito invecchierà in fretta.

D'altra parte, questa panzana velleitaria di cambiare noi stessi, di non nascondersi le nostre responsabilità, in positivo e in negativo, su questa faccenda del cambiamento del mondo è da un bel po' che la tiro fuori e ve la propino, variamente camuffata, attraverso le pagine della rivista; sicché penso che ci siate abituati, o abituate, che dunque non ci farete gran caso, e che comunque me la perdonerete.

Natale porta con sé il perdono e Capodanno porta con sé il senso del cambiamento. Almeno una volta all'anno.

Dunque il mondo cambia, precipitosamente, sotto i nostri occhi. La situazione di mia sorella non è buona, e finalmente tutti se ne accorgono.

Il memoriale delle Nazioni Unite scongiura i suoi Stati membri a fare qualcosa per l'ambiente. L'Unione Europea fa altrettanto. Don Brown, che nel frattempo ha raggiunto il livello più basso di popolarità, parla al suo popolo; propone date, impegni precisi, norme edilizie, controlli all'industria, che potrebbero cambiare il volto del suo Paese in pochi anni. Perfino Bush ripensa a Kyoto. Perfino l'Italia si accoda. Napolitano lo predica agli studenti in Germania. Il ministro dell'ambiente cerca di raccontare la favola (una favola, appunto) che l'Italia ha piantato, per decreto, un albero per ogni bambino che nasceva, non so quanti milioni di alberi, ma in verità, oltre le prime centinaia di piante, la spinta non è durata. In fondo un decreto è un decreto, e alla coscienza civile-globale dell'Italia può bastare così.

Tutte queste cose, l'esaurimento delle riserve energetiche, la siccità del Po, l'innalzamento dei mari, lo sprofondamento di Venezia, l'invasione degli inquinanti, la desertificazione del-

le coste mediterranee, il raddoppio della CO<sub>2</sub> nell'atmosfera, lo smog sulla Cina e sull'India, la crescita esponenziale della popolazione, la povertà del mondo povero e di tutti i poveri della terra, i mutui a tasso variabile, l'indebitamento delle famiglie continuamente sostenuto dalla propaganda televisiva, compra oggi, pagherai domani (sì, con quali?), oltre che dall'illusione politica che l'iper-consumo possa davvero sostenere lo sviluppo, ma per quanto; la precarietà del lavoro, oggi, e la scomparsa del lavoro, domani (cos'è che resterà da fare per i 6 miliardi di umani di oggi, per i sette di domani e per i dodici di dopodomani, quando già oggi la settimana è diventata di quattro giorni e mezzo, la disoccupazione cresce in tutto il mondo, anche in quello col PIL in impennata, e per le braccia, ma anche per la mente dell'uomo resta poco più che pigiar bottoni?). Tutto questo ha già un sapore apocalittico; ma l'apocalisse sta altrove.

C'è proprio, appena girato l'angolo, la battaglia di Armageddon, la lotta che divide il mondo, da una parte il mondo islamico, la religione col Kalaschnikoff, e dall'altra il mondo occidentale, vulgo cristiano (ma in realtà ateo, e cristiano al napalm); la conservazione contro il progresso, dove sta il male, da nessuna parte, oppure da tutte e due, e dove sta il bene, da nessuna parte, proprio da nessuna, l'ideale sarebbe una miscela delle due cose (si dice "una dialettica") e specialmente una dialettica senza armi, e senza odio, e senza capipopolo indifferenti a tutto meno che a se stessi.

E allora? La solita domanda. E noi pediatri? Diciamo noi umani, presi uno per uno. Presi uno per uno non siamo nessuno. Ma esiste una massa critica, al di sopra della quale il sentire si fa comune; il sentire il pericolo comune, il sentire la speranza comune, il volere il bene comune, il bisogno di dividere il piatto e il mantello, la vergogna di rubare, la vergogna di essere privilegiati, l'amore per i nostri figli. Ci può essere una consonanza che supera gli egoismi e ci costringe a pensare più alto. E si può far sentire, da tutti, anche da chi ci comanda, e che dovrebbe sentire le responsabilità del mondo, e che forse comincia a sentirle, con sempre più forza.

L'amore per i nostri figli. Che è poi quell'amore "naturale", diretto, inevitabile, che ci insegna ad amare tutto il mondo. E allora, ecco i figli ed ecco anche noi pediatri. Un po' tirata, no? Ma non è che la voglio tirare: mi viene.

Cosa dovrebbero fare i pediatri? Mah, fare bene il proprio mestiere. Non ricoverare quando non c'è da ricoverare. Non ordinare l'aerosol di beclometasone, ormai simbolo del male, quando non serve. Fermare il sovrappeso prima che diventi obesità. Voler bene ai propri pazienti. Aver simpatia anche per le famiglie antipatiche. Poverine, pensate che pena. Insegnare un po' di fermezza educativa. Sostenere il bambino nella scuola e la scuola nella dialettica con la famiglia. Essere presenti. Lavorare insieme, tra di noi, aiutandoci a vicenda a far bene. Lavorare assieme con l'ospedale, e viceversa. Lavorare assieme ai Centri. Lavorare con la famiglia. Essere utili. Prendere in carico. Non fare una cosa mal fatta perché così fan tutti; fare semmai, ognuno ha la sua micro-dose di responsabilità, la cosa ben fatta perché la facciano anche gli altri, anche lavorando in controtendenza. Essere responsabili. Voler bene al nostro lavoro. Il resto viene da sé.

**Franco Panizon**