

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

LATTE, INFEZIONE, ALLERGIA, PREZZO (COLLOQUIO CON LE CASE)

Abbiamo ricevuto, in questo mese, una serie di lettere (molto diverse) da parte di personalità dell'industria e della distribuzione dei lattini per l'infanzia.

Rispondo personalmente molto volentieri, e considero questo genere di colloquio importante per tutti. Anche perché ritengo utile lo scambio aperto con chi produce i nostri strumenti di lavoro, dai farmaci ai vaccini, ai lattini, a cui certamente dobbiamo più che qualcosa e dai quali anche dobbiamo anche, per legge naturale, difenderci. Scusatemi se prenderò un po' di spazio.

Mi viene più facile iniziare dalla posta del dott. Bronzetti, col quale Medico e Bambino, attraverso di me, in questa rubrica di "lettere" ha, a suo tempo, quattro-cinque anni fa, civilmente litigato.

Un'equazione che non torna

Egregio professor Panizon, da anni ormai vige, accettata da tutti, l'equazione: +latte materno = +Immunità = -Allergie. Oggi si deve ragionare "evidence based" altrimenti non si ha credito; pertanto: anni 2000-08: +latte materno = -Immunità = +Allergie; anni '70-'80: -latte materno = +Immunità = -Allergie! O ho impostato male l'equazione, oppure non funziona il "based" poiché l'"evidence" è quella!

Ivano Bronzetti
Direttore Generale Milte Italia

Io credo che le equazioni che lei mi propone come "accettate da tutti" in omaggio a non so bene cosa, certo anche al conformismo e al pensiero pigro, non funzionano semplicemente perché sono sbagliate. Sbagliato, e semplicistico, non tenere conto delle variabili esterne (il tempo che passa, l'epidemiologia che cambia); sbagliato, e semplicistico, considerare allergia e infezione come due pesi in equilibrio reciproco sull'ago della immunità. Sbagliato considerare evidenza ciò che è oggettivamente confuso e contraddittorio come l'enorme insieme di lavori su questo tema. L'evidenza, quella vera, quella che misura nei tempi lunghi gli effetti di lunghe abitudini, non c'è; o è vacua, contraddittoria, confondente, mai abbastanza, se così posso esprimermi, di qualità EBM.

Il latte materno ha certamente un misurabile e ripetutamente misurato potere protettivo nei riguardi dell'infezione. È stato

l'alimento salva-vita dell'uomo (Homo) per circa tre milioni di anni, e lo è ancora, dovunque ci siano infezioni e miseria, in Africa come in India. Ancora cinquant'anni fa, quando c'era la polio, la differenza tra la malattia tra allattato al seno e allattato al poppatoio era ben misurabile; e lo stesso avveniva (e avviene ancora) per le infezioni respiratorie precoci, compreso il confondente wheezing. Come questo avvenga, attraverso gli anticorpi del latte, i linfociti, la flora intestinale, i nucleotidi, nessuno lo sa. Certo che succedeva e che si poteva misurare; ma adesso "l'infezione non c'è più" e questi effetti si fa tanta fatica a misurarli, che non si misurano. Infinitamente più debole è la letteratura sull'atopia.

Il latte vaccino e i suoi derivati, negli anni '70 e anche prima, in parte per il loro cattivo uso alla nascita ma specialmente per la frequenza (alleleanza) dell'infezione gastrointestinale precoce sono stati causa diretta di una interessante e comune patologia che, anche quella, non c'è più (probabilmente perché non c'è più la gastroenterite precoce); si tratta dell'enteropatia da latte vaccino, che è stata studiata, documentata, curata, e che ha arricchito la nostra vita di esploratori della vita. Naturalmente, anche lì, il latte materno era il protettore naturale e invocato, giustamente, e quando non c'era, c'erano i sostituti. Su quelli si è aperta una lunga e debolissima, quasi incredibile storia di prevenzione (alla pari di quanto è accaduto col latte materno), di possibili "imprinter protettivi" contro la risposta immune TH2.

Poi si è visto che evitare gli allergeni "forti" per il bambino e per la nutrice non protegge proprio da niente, o forse solo da inezie, e che il latte di mamma non previene l'atopia nei bambini che sono a rischio genetico. Vorrei permettermi di citare da un articolo di Longo e Panizon del 2003, meritevole di rilettura (Medico e Bambino 2003;22:35-41): nel caso dell'atopia i fattori a cui si può attribuire un ruolo patogeno rilevante sono numerosi e potenti: peso alla nascita, livello socioeconomico, numerosità della fratria, frequenza al nido, igiene della casa, tipo del riscaldamento, fumo passivo, data e luogo di nascita, dieta, sede abitativa, presenza di animali da fattoria e più in generale di feci animali, tanto che rimetterli in ordine è impossibile.

Insomma, lasciamo stare il triangolo scaleno latte/infezione/atopia, un triangolo troppo aperto; usiamo il latte materno, dove

si può, per "naturale naturalità"; e quando non si può, non disperiamoci.

Franco Panizon

Allergie e portafoglio

Facendo una piccola analisi sui costi del trattamento delle allergie alimentari nei primi 12 mesi di vita, risulta che una "terapia" che consta in 800 ml/die di aminoacidi in soluzione, circa la quantità necessaria alla sopravvivenza del lattante, costa circa 527 euro al mese. Converterete che si tratta di una bella cifra. Ma, visti i consumi crescenti di tali prodotti, mi e Vi chiedo: valgono tanto i brufoli? La "vecchia" soia che fine ha fatto? Non vale la pena di provare prima con quella?

Ivano Bronzetti
Direttore Generale Milte Italia

Io credo che nella prima parte della precedente risposta e tra le lettere che seguono dedicate agli alimenti per lo svezzamento, il dott. Bronzetti, e con lui i nostri lettori, coglieranno il punto di vista di Medico e Bambino su questo "grande" tema, forse un po' montato, molto italiano, sentito a macchia di leopardo, specialmente in Lazio (vedi Medico e Bambino 2005;24:533-8). Per quel che riguarda la spesa "grossa", gli aminoacidi, questa dovrebbe riguardare essenzialmente i pochi casi di malassorbimento (risposta precedente), patologia praticamente scomparsa.

Con molta cordialità.

Franco Panizon

Latte europeo

Chiarissimo professor Panizon, mi rivolgo a Lei, non solo per la Sua posizione storica in Medico e Bambino, ma specialmente per il ruolo che ha avuto nell'imprimatur politico dato tre anni fa all'iniziativa Neolatte, un latte europeo a prezzo europeo, per esprimere un'amarezza "non commerciale" che deriva dalle difficoltà di un obiettivo scambio di informazione con la pediatria italiana. A parte il coinvolgimento iniziale di alcuni pediatri di chiara fama, abbiamo trovato poche porte aperte.

Ma partiamo, mi perdoni, da alcuni nu-

Lettere

meri, e da quando Unifarm, nel febbraio 2005, ha iniziato la commercializzazione di *Neolatte*: *Neolatte* è ora presente in oltre 15.000 farmacie italiane; ha venduto, da allora, oltre 2.500.000 confezioni; è (fonte Nielsen) il latte in polvere più venduto nelle farmacie italiane.

Fin dall'inizio la nostra comunicazione è stata rivolta in maniera prevalente al canale farmacia. Ovvi i motivi: Unifarm è una società per azioni, SpA, di farmacisti (www.unifarm.it), che opera nel settore della distribuzione intermedia e dei servizi alla farmacia da oltre 35 anni. In tale logica si è mossa anche per *Neolatte*, ricevendo mandato dalle Associazioni dei Titolari di farmacie e cercando un produttore che garantisse la massima serietà e sicurezza.

La comunicazione col mondo della pediatria, invece, come ho già detto, non è mai stata facile. Peralto, *Quaderni acp* ha pubblicato tre articoli di review dal titolo "I lattini sono tutti eguali?" in cui è stato preso in esame anche *Neolatte* e confrontato con altri marchi (Alfarano A, et al. *Quaderni acp* 2005;12:265-9; Di Tommaso E, et al. *Quaderni acp* 2006;13:36-9; Adelaradi S, et al. *Quaderni acp* 2006;13:83-5). Abbiamo poi organizzato corsi ECM per sostenere l'allattamento al seno e descrivere caratteristiche e "differenze" tra i sostituti del latte materno. In compenso, in questi tre anni (e ancora oggi) ci sono state mosse accuse del tipo "*Neolatte* viene prodotto con lattini dell'Est europeo, magari radioattivo"; "*Neolatte* non è idoneo a garantire una crescita mentale equilibrata"; "*Neolatte* presenta una formulazione vecchia".

Siamo convinti che la maggior parte di queste critiche derivino da un'autentica mancanza di informazione, e siamo coscienti che una parte di questa disinformazione dipende da noi, ma il nostro prezzo al pubblico (che continua ad essere di 9,90 euro) non ci permette di comunicare con i pediatri in modo convenzionale (informatori, congressi, ricerche *ad hoc*).

Oggi non siamo più un outsider, e *Neolatte* è il latte più venduto in Italia. Anche per questo sentiamo la necessità, e forse un poco anche il dovere, di rendere noti ai pediatri aspetti a nostro avviso non banali: *Neolatte* è l'unico latte BIO sul mercato

con doppia certificazione (italiana e tedesca) a contenere 4 ceppi probiotici; Töpfer, produttore di *Neolatte*, opera per molte altre importanti aziende europee; E-Pharma, sito produttivo di Unifarm, produce farmaci e supplementi nutrizionali per tutto il mondo, i suoi laboratori sono accreditati presso AIFA per il farmaco e presso il Ministero della Salute - dipartimento della Nutrizione - per gli alimenti. Svolge analisi complete e controlli a campione sul prodotto finito.

Pensiamo di garantire la massima qualità al mercato, sia a quello delle famiglie che a quello dei pediatri. Ci sembrerebbe che anche per questi potrebbe essere utile colmare quel che pensiamo essere un gap informativo (sul nostro sito internet i consumatori scrivono per chiedere conferma del parere del loro pediatra su *Neolatte*), e vorremmo trovare un modo non "pubblicitario" di veicolare l'informazione.

Matteo Tamanini
Unifarm SpA

Rileggendo i vecchi numeri della rivista mi accorgo di non essere stato affatto tra i più attenti difensori del giusto prezzo del latte. Il merito è certamente, prima di ogni altro, di Pedrotti e poi di Biasini e dell'ACP, mentre io, semmai, sottovalutavo il problema. Tuttavia mi sono trovato poi, personalmente, a stendere e a firmare la relazione tecnica per il Ministero della Salute in favore dell'ammissione di Neolatte, con tutte le ansie di un ansioso (e naturalmente rinunciando a ogni compenso, lo dico solo per doverosa chiarezza) dopo settimane di confronti con altre formule, con dotte e documentate raccomandazioni, con la letteratura, col doppio bisogno di obbedire al dovere di fare una cosa buona per tutti e di non scivolare sulla buccia di banana in una faccenda sbagliata più grande di me. Ho consumato molto tempo e molti neuroni, forse di poco valore, sui numeri e sulla letteratura per convincere prima di tutto me stesso, che si trattava di un'operazione doverosa oltre che ineccepibile. Ho ricevuto anch'io, personalmente, tutte le critiche (innocenti?) di colleghi, critiche senza alcun peso di scienza e di ragione, di cui Lei ci dà un bre-

ve elenco, e in più anche quella un po' furfantella secondo la quale questo ingresso avrebbe ridotto, in Italia, l'abitudine all'allattamento al seno (non è successo). Quanto alle Case, ho sentito giustificare l'incredibile squilibrio dei prezzi tra Europa e Italia (perseguito e punito dalla Commissione Antitrust) con la maggior spesa delle Case per i nostri medici. Vergogna. Non so di chi e come, ma certo, argomento in sé vergognoso. Mi viene difficile digerire che le critiche che anch'io, così come il latte a prezzo giusto, ho ricevuto, non trovino radici sottili anche in quegli argomenti.

In ogni modo, se l'enorme letteratura sulle differenze tra allattamento al seno e al poppatoio fa grande fatica a portare fatti che raggiungano l'evidenza, i confronti di risultato tra un latte "moderno" e un altro (intendo quelli le cui formule rispettano i dettati ESPGAM) praticamente non hanno letteratura. Vedi, a questo proposito, i rigorosi lavori pubblicati da Quaderni acp a cui Lei fa cenno. Questi (che meritano rilettura) riguardano non solo gli effetti della formulazione in nutrienti ma anche quelli delle aggiunte sperimentali (tra cui non c'è quella di probiotici che hanno una letteratura a parte) e negano ogni significativa differenza.

Comunque, Lei mi chiede se esista un modo per comunicare, che non sia far propaganda, ma fare scienza, su questo tema. Io Le sto rispondendo che, a mio avviso, quel che occorre fare è stato fatto, i lavori di review, i corsi ECM; che il resto (la ricerca ad hoc) è difficile, e probabilmente impossibile e di lunghissimo respiro (coorte); e che il gioco, sempre a mio avviso, non potrebbe valere la candela per nessun ricercatore che non avesse molto tempo da perdere. E che, alla fine, la propaganda aperta non è il peggiore di tutti i mali. Meglio, certo, di quella occulta o strisciante.

PS. Mi piacerebbe che a questo punto qualche lettore saltasse un po' di pagine e andasse a leggere gli ultimi capitoletti dell'articolo "speciale" sugli aiuti in Africa (pag. 174).

Franco Panizon

ALIMENTI SOLIDI, EVIDENZE LIQUIDE? FORSE SÌ

La controversia su questo tema pubblicata sul numero di gennaio ha provocato una serie di risposte/proteste, che pubblichiamo assieme, scusandoci di qualche taglio, per motivi di spazio, alle singole lettere.

Sul "faccia a faccia" tra solidi e liquidi

Ho letto con piacere l'articolato "faccia

a faccia" tra Stefano Miceli Sopo e Alessandro Fiocchi in merito al "timing" degli alimenti solidi (*Medico e Bambino* 2008; 27:21-31).

In realtà mi sembra che, in relazione a questo annoso e dibattuto argomento, le evidenze scientifiche attualmente a disposizione siano ancora molto lontane dall'essere di effettivo indirizzo.

Però, alla domanda sull'opportunità di

ritardare l'introduzione dei cibi solidi come strategia di prevenzione delle allergie alimentari, mi sembra si possa dire più no che sì in tutti i bambini (e quindi anche in quelli con rischio atopico).

Quanto ai tempi mi sembrava quasi naturale che non ci si ponesse il problema al di sotto dei sei mesi di vita e non tanto in relazione alle evidenze (che, come segnalato dallo stesso Miceli Sopo, si dimostrereb-

bero di dubbia utilità anche sotto i 4 mesi di vita) ma piuttosto al disturbo esistenziale-nutrizionale dell'intervento in sé.

Nel merito più concreto del bambino al di sopra dei 6 mesi di vita la mancanza di evidenze chiare a favore di un'introduzione ritardata mi sembra di per sé un valido motivo di diniego nei riguardi di tale pratica. Non si tratta solo di forza delle evidenze ma di assenza delle stesse.

Mi permetto di segnalare come, nel lavoro del *Lancet* (1980, *sic!*)¹ citato da Fiocchi, gli Autori concludessero in realtà che la tardiva esposizione al pesce e al limone determinava solo un ritardo nella comparsa dei sintomi allergici che risultavano avere la stessa incidenza a 3 anni sia nei bambini svezzati per tali alimenti prima dell'anno che in quelli che li avevano introdotti dopo l'anno di vita. Come a dire chi deve essere allergico lo sarà comunque e la ritardata introduzione può semmai ritardare la comparsa del quadro clinico o addirittura (Miceli Sopo) anticiparla.

Una cosa simile è stata verificata anche per la celiachia (malattia non atopica) dove la ritardata introduzione del glutine di fatto ritarda solo la comparsa dei sintomi².

Quanto, poi, alle revisioni sistematiche citate, non mi sembra che anche in questo caso emerga un quadro definitivo anzi... Muraro et al.³ concludono il loro lavoro segnalando che "there is no evidence of allergy preventing effect of restrictive diets after 6 months of age". Allo stesso modo neppure la citatissima revisione sistematica di Tarini et al.⁴ appare perentoria nelle conclusioni (verosimilmente anche in relazione alla conflittualità e alle carenze metodologiche evidenziate negli studi contemporanei). Alla luce di questa scarsità quali e quantitativa di prove, le evidenze di un possibile effetto contrario sia sul piano nutrizionale⁵ che come possibile effetto pro-allergizzante della ritardata introduzione di cibi solidi nella dieta del divezzo assumono a mio avviso una risonanza ancora maggiore. Della serie, non solo appare fortemente in dubbio la reale utilità dell'intervento, ma a questo punto si pone anche il dubbio della possibile "pericolosità" dello stesso^{6,7}.

Senza contare che non si tratta comunque di una cosa del tutto "gratuita" in termini psico-relazionali ed economici (e agiungerei scientifici) sia per il bambino che per la sua famiglia, così come giustamente sottolineato dal dott. Longo nel suo editoriale (*Medico e Bambino* 2008;27:7-8).

Ricordando un po' di latino scolastico mi verrebbe da dire in assenza di prove certe... *primum nihil nocere*.

Bibliografia

1. Saarinen UM, Kajosaari M. Does dietary elimination in infancy prevent or only postpo-

ne a food allergy? A study of fish and citrus allergy in 375 children. *Lancet* 1980;1:166-7.

2. Carlsson A, Agardh D, Borulf S, Grodzinsky E, Axelsson I, Ivarsson SA. Prevalence of celiac disease: before and after a national change in feeding recommendations. *Scand J Gastroenterol* 2006;41(5):553-8.

3. Muraro A, Dreborg S, Halken S, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:291-307.

4. Tarini BA, Carroll AE, Sox CM, Christakis DA. Systematic review of the relationship between early introduction of solid foods to infants and the development of allergic disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160: 502-7.

5. Host A, Koletzko B, Dreborg S, et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy: joint statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPA-CI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Arch Dis Child* 1999;81:80-4.

6. Lack G, Golding J. Reduced exposure might increase allergic sensitisation. *BMJ* 1996; 313:300.

7. Maloney JM, Sampson HA, Sicherer SH, Burks WA. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document (letter). *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97:559-60.

Zemira Cannioto
Specializzanda in Pediatria
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Quo usque tandem

La mia convinzione è che il modo di svezzare i bambini tipicamente italiano rappresenti una iattura che nessun bambino al mondo merita e alla quale, mi auguro, non abbia mai accesso.

I danni che questo modello ha provocato sono fortunatamente sempre più presenti ai pediatri lettori di questa rivista ma, mentre stiamo lentamente e faticosamente cercando di liberarcene, intravedo il rischio che un incauto principio di cautela possa precipitarci di nuovo nel baratro dello svezzamento patata & carota.

Indubbiamente il dato del 35% di adolescenti allergici li per li fa impressione e induce a pensare (Galassi C, et al. *Pediatrics* 2006;117:34-42). Chissà che non ci siamo sbagliati, per troppa fretta ed entusiasmo, a voler liberare i bambini dalla condanna della ricetta-menu prestampata. Forse è il caso di pensarci meglio, forse veramente non dovremmo trascurare un possibile effetto preventivo di una qualche dieta. Ma

intanto Lei stesso scrive "Se è vero che...", perché si tratta della risposta a un questionario di adolescenti ridimensionato dai genitori. Ma fidiamoci. Lo studio dimostrerebbe che dal 1995 al 2002 si è verificato, sempre nella fascia adolescenti, un incremento di 4 punti percentuali nel sintomo rinite (dal 31,6% al 35,1%). Se la colpa è della loro dieta da lattanti, il fattaccio si sarebbe dovuto verificare 13-14 anni prima e cioè fra il 1982 e il 1989. Poiché lo stesso aumento di rinite è stato dimostrato nei bambini della fascia 6-7 anni (dal 13,8% al 18,9%), per loro il periodo critico sarebbe stato tra il 1989 e il 1996. Cioè tra il 1982 e il 1996 i riservati e assertivi pediatri italiani avrebbero progressivamente anticipato la somministrazione delle più svariate e allergizzanti pietanze, dai sei mesi, soglia di sicurezza, come Lei ci ha dimostrato con i lavori citati, sempre più indietro fino a prima dei quattro mesi, soglia di rischio, come Lei ci ha ugualmente dimostrato con i lavori citati. Dato che nel periodo di tempo considerato, in Italia, si è assistito, al contrario, a un progressivo avanzamento dell'epoca di svezzamento dai 3-4 ai 5-6 mesi, dobbiamo concludere che un malaugurato bias primordiale abbia funestato la randomizzazione della popolazione studiata. A meno che non si voglia ipotizzare che sia la dieta dai 2 ai 14 anni ad essere colpevole del costante aumento degli "allergici", di circa 18 punti percentuali in quell'intervallo di età (*vedi* ancora Galassi). Considerando che, dopo averci convinto che dopo i sei mesi non c'è straccio di prova che una dieta libera faccia un qualche danno, ci consiglia comunque di raccomandare restrizioni proprio dopo i sei mesi, perché non cercare di convincerci che, tutto sommato, non si può escludere che non ci sia un qualche remoto effetto preventivo nel mettere a dieta i bambini fino a 14 anni?

Cercando di capire.

Lucio Piermarini
Pediatria di comunità, Terni

La dermatite atopica è veramente un marker di atopia?

Sicuramente il mio pensiero è irrilevante nella controversia tra i due "più quotati esperti di malattie allergiche", Miceli Sopo e Fiocchi, ma c'è un aspetto che vorrei fosse più chiaro: se l'allergia è un fenomeno immunologico i cui sintomi recedono con l'allontanamento dell'antigene responsabile, può davvero la dermatite atopica (DA, più atopica di nome che di fatto), che non risponde, o non risponde sempre, a questi requisiti, rappresentare un "marker" dell'atopia? La DA viene definita

Lettere

come una malattia infiammatoria della cute geneticamente controllata, a decorso cronico-fluttuante, modulata da numerosi fattori, ambientali e non, tra cui l'allergia alimentare e topica, la cui terapia difficilmente può essere eziologica (vedi il bel lavoro di Paloni et al. sullo stesso numero: *Medico e Bambino* 2008;27:33-7). Allora chiedo: non sarebbe più giusto non tenere in conto i deboli e transitori segnali della DA e tenere d'occhio altri danni più tenaci e più pesanti? Non sarebbe più corretto (suggerimento forse un po' presuntuoso da parte mia), per non ingenerare le ambiguità che il termine "atopica" suggerisce e avallare diete improponibili e promuovere false attese di guarigione, eliminare la definizione di "atopica" alla dermatite in questione e magari denominarla "eczema costituzionale"?

Pierangela Rana
Pediatra di famiglia, Bisceglie

La significativa e interessante controversia sulla introduzione dei cibi solidi e comunque diversi dal latte materno nel periodo dello svezzamento, che è stata pubblicata sul numero di gennaio anche per dare alle nostre pagine un po' d'aria internazionale, sembra riaccendere un fuoco sopito ma mai spento, un fuoco che aveva riscaldato il pensiero e gli incontri dei pediatri, di quasi tutti i pediatri italiani, intorno agli anni '80-'90, quando ci si dava da fare nel nobile intento di prevenire, con semplici regole (alimentari), l'asma, la dermatite atopica e ogni altra patologia considerata "allergica".

Entrambi i campioni in lizza (due veri campioni, senza ironia, Stefano Miceli Sopo e Alessandro Fiochi) sono d'accordo, con motivazioni diverse, per non dare cibi solidi prima dei 6 mesi, consenso internazionale che non è opportuno infrangere; dopo i 6 mesi il discorso esce con qualche circospezione dalla questione dei cibi solidi e si sposta agli allergeni, e si sono scontrati in campo aperto il punto di vista "prudente"

(chissà perché DARE tutto e subito?) e il punto di vista "liberal" (chissà perché NON DARE tutto e subito?). I due punti di vista, e i loro campioni si scontrano, in realtà, più con la forza degli argomenti che con quella dei numeri (più liquidi comunque quelli di Fiochi; più solidi, e utilizzabili da noi, quelli di Miceli Sopo). Perché numeri veri veri non ci sono: non si sa quanti bambini in più (o in meno) "diventano allergici" (che poi può voler dire semplicemente "si sensibilizzano", ma anche "vanno incontro a modificazioni epigenetiche di fondo che ne altereranno la storia biologica successiva") se assumono questo o quell'alimento presto oppure tardi. Il lettore capirà. Sceglierà, o sceglierà di non scegliere, farà quel che si sentirà poi di fare, dopo aver letto e soppesato i fatti, i numeri e gli argomenti. La Rivista però non può non esprimersi, anche perché la sua posizione (della Rivista) DEVE essere in linea coi suoi principi, che in questo caso si possono poi ridurre a uno, riportato nella conclusione dell'editoriale - commento di Giorgio Longo (Medico e Bambino 2008;27:7): "in assenza di condizioni estreme e stringenti, nessuna procedura medica di non provata efficacia può essere legittimamente applicata, meno che meno sulla popolazione generale".

Provo ora a proporvi una serie di messaggi chiave. Questi vengono di regola elaborati in redazione, proprio in omaggio alla "assunzione di responsabilità" della Rivista su quello che la Rivista pubblica e mancano nei due articoli menzionati. I messaggi che propongo saranno parzialmente indipendenti da entrambe le posizioni a confronto, ma deriveranno direttamente dai dati e dagli argomenti riportati.

□ *C'è accordo generale sulla non utilità e non opportunità di introdurre cibi "solidi" (termine che, alla fine, indica essenzialmente cibi "non convenzionali"), né, possibilmente, cibi differenti dal latte materno prima dei 6 mesi di vita, anche se le evidenze di un loro effetto significativo sulla storia biologica futura del bambino sono di fatto*

assai deboli, così come sono deboli gli indizi in favore di un effetto protettivo del latte materno.

□ *Esistono indicazioni di coorte (sempre deboli) in favore di un effetto protettivo piuttosto che di un effetto svantaggioso della introduzione di alimenti fortemente allergenici (pesce e grano all'interno di popolazioni che ne consumano molto d'abitudine).*

□ *Esistono peraltro anche indicazioni che, al contrario, suggeriscono che certi alimenti esotici e fortemente allergenici (kiwi, arachidi tostate) inducano più facilmente sensibilizzazione specifica se dati precocemente.*

□ *Non vi è nemmeno evidenza che la questione debba essere necessariamente posta in termini generali; o che piuttosto, come accade per i pneumo-allergeni, gli effetti dell'esposizione precoce o dell'esposizione tardiva siano diversi per allergeni differenti.*

□ *Nell'insieme non esistono elementi sufficientemente forti per qualunque tipo di prescrizione, né di tipo restrittivo, né di tipo propositivo, né tanto meno per interferire sulle tradizioni o abitudini familiari o locali riguardanti lo svezzamento; nello stesso tempo e nello stesso spirito non sembra ci possa essere alcun buon motivo per introdurre nella dieta del lattante cibi inabituali o di capriccio.*

□ *In conclusione, e per usare le parole della ricercatrice più citata da entrambi gli Autori, Beth Tarini: "i medici devono sia educare i genitori sul fatto che una precoce introduzione di solidi non fornisce vantaggi nutrizionali, sia moderare la loro forte paura che l'introduzione di piccole quantità di cibi solidi prima dei 4 mesi di vita porterà inevitabilmente il loro bambino a sviluppare una malattia allergica".*

PS. Non è finita qui. Nel "Digest" di questo numero (Newsletter) troverete una presa di posizione dello stesso Adverse Reaction to Food Committee dell'ACAAI statunitense.

Franco Panizon

IN RICORDO DI PASQUALE RAFFA

Il 1° febbraio scorso è deceduto, a Reggio Calabria, Pasquale Raffa. Dopo lo sbruttamento iniziale per un'evoluzione così rapida del suo male, dopo il rimpianto di non essergli stata vicina non certo per dargli qualcosa (non saprei cosa avrei potuto dargli, oltre il mio affetto devoto) ma per imparare ancora da lui, per carpire ancora qualcosa della sua umanità, con la sensazione che la nostra sfortunata città rimane di nuovo orfana come era successo per il

nostro sindaco Italo Falcomatà, sento il dovere di dare una testimonianza ai colleghi pediatri. La testimonianza è dovuta perché mi pare debba colmare una lacuna nelle commemorazioni di questi giorni. Mi sembra infatti che, accanto alle ben note ed innumerevoli attività di volontariato di cui è stato geniale creatore, sia stata ricordata poco la sua opera di pediatra, di neonatologo, di insegnante di generazioni di infermiere e vigilatrici d'infanzia. Ospeda-

liero a tempo pieno sin dall'inizio della sua carriera presso la pediatria della nostra città, ha lavorato successivamente come aiuto nel reparto di pediatria di Melito Porto Salvo. Erano gli anni '70 e solo chi li ha vissuti può ricordare cosa fosse un reparto pediatrico in quei tempi. Non esisteva la pediatria di base, le gravi malattie infettive erano la patologia predominante, la natalità altissima, i mezzi pochi, il personale infermieristico preparato sommaria-

mente, il personale medico striminzito. Occorrevano una dedizione totale, una disponibilità 24 ore su 24 e una mente aperta a 360 gradi. Ma soprattutto era necessario amare i bambini per sopportare un simile carico di lavoro, senza lasciarsi tentare da più comode e redditizie alternative lavorative che pure c'erano a quei tempi (la mutua). Nell'Ospedale di Melito, inoltre, c'era un'altra particolarità: la presenza di un geniale chirurgo, il prof. Pietro Panuccio, che peraltro poteva contare su un'assistenza pre e postoperatoria ottimale, grazie alla collaborazione dei pediatri e di Pasquale anzitutto. Si affrontavano, con ottimi risultati per quei tempi, tutte le emergenze chirurgiche neonatali e pediatriche.

Ricco di questa esperienza e della disponibilità ad aggiornarsi, Pasquale ha quindi affiancato il dott. Pasquale Serrao, fondatore della neonatologia calabrese insieme al dott. Bernardo Concolino a Catanzaro, sin dall'avvio del reparto di neonatologia a Reggio Calabria.

Siamo rimasti ormai in pochi nel mio reparto ad aver goduto dei suoi insegnamenti, della sua presenza silenziosa e rassicurante, del suo approcciarsi al neonato critico con la tranquillità che deriva dall'esperienza e dal metodo. Si conciliavano in lui la sicurezza del vecchio medico di famiglia e la curiosità del giovane pediatra ricercatore. Non per nulla è stato il primo tra noi a imparare a usare il computer, insegnandoci a creare una banca dati con programmi in uso allora solo in poche altre neonatologie in Italia (il famoso programma Udine '84!). E intanto, quando la nostra disciplina si "ubriacava" della nuova tecnologia che copiosa - monitors, respiratori, micro metodi - invadeva anche il nostro reparto, non perdeva di vista il bambino nella sua interezza, vero antesignano della "care" e fra i primi, nella nostra realtà calabrese, a "prendersi carico" del bambino con patologia ad alta complessità assistenziale, lavoro cui si dedicherà a tempo pieno, dopo aver lasciato l'ospedale, presso la fondazione "Tripepi-Mariotti".

Pina Timpani
Ospedale di Reggio Calabria

Pasquale Raffa e la Piccola Opera Papa Giovanni di Reggio Calabria

L'Associazione Piccola Opera Papa Giovanni Onlus è stata fondata nel 1968 da don Italo Calabrò, vicario della diocesi di Reggio Calabria e parroco di S. Giovanni di Sambatello, e da un gruppo di giovani studenti, per svolgere un'esperienza di volontariato rivolto ad alcuni ragazzi con disabilità mentale che, dimessi da un istituto di Reggio Calabria, erano destinati al ricovero nel Manicomio della stessa città o presso istituti specializzati del centro-nord Italia.

Nel 1973 la Piccola Opera ha stipulato la convenzione con il Ministero della Salute come Centro Medico-psico-pedagogico (per soggetti con disabilità mentale con età superiore ai 14 anni); successivamente, nel 1978, la convenzione come Centro di Riabilitazione (ex art.26 della Legge 883) per servizi di ricovero in regime diurno e residenziale e infine, nel 1991, anche per il Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale per l'età evolutiva.

Pasquale, per le sue qualità professionali e per le sue scelte di vita, è stato fin dall'inizio vicino a don Italo e ai suoi collaboratori. Dagli anni '70 come medico e pediatra volontario è stato punto di riferimento costante per la Piccola Opera, in particolare per la presa in carico di alcuni bambini con gravi disabilità e importanti malattie generali evolutive. I problemi delle persone con disabilità gravi e complesse e la necessità di garantire una riabilitazione precoce in età evolutiva sono sempre stati al centro del suo interesse umano e professionale.

Negli anni '80 ha approfondito le problematiche diagnostiche e terapeutico-riabilitative dei bambini disabili, frequentando assieme alla moglie Anna alcuni corsi di musicoterapia ad Assisi; dando avvio con altri volontari a una esperienza riabilitativa per i piccoli nei locali della Parrocchia del Crocefisso di Reggio Calabria; fondando con alcuni amici (medici, psicologi e fisioterapisti) il MOVRI (Movimento di Volontari per la Riabilitazione).

L'esperienza maturata e la costante comunicazione con la Piccola Opera, associazione divenuta sempre più consapevole della necessità della scelta della riabilitazione in età evolutiva, sono alla base dell'avvio nel 1991-92 del Centro Ambulatoriale di Riabilitazione "Tripepi-Mariotti" di cui è stato promotore e animatore, assumendone la carica di Direttore Sanitario e lasciando per questo il suo posto di Aiuto presso la divisione di neonatologia degli Ospedali Riuniti della sua città.

La sua opera è stata quella di aver dato un contributo essenziale nella elaborazione di un modello di presa in carico attento ai bisogni del bambino e della sua famiglia, con la proposizione di una progettualità riabilitativa condivisa, "un modello di presa in carico centrato sul bambino e la sua famiglia" come spesso amava dire; contemporaneamente promuoveva un modello di lavoro di équipe "integrata" legato alla consapevolezza che, nel difficile percorso di presa in carico riabilitativa, l'équipe nel suo complesso è la risorsa necessaria per poter rispondere ai bisogni dei bambini e alle richieste di questo gravoso compito.

Il rispetto per ogni singola professionalità, riconoscendo i livelli di autonomia che le professioni comportano, accanto alle grandi capacità di ascolto e di comprensione dei vissuti di ognuno, hanno fatto di Pasquale un amico, un padre e un fratello per noi tutti. La qualità della sua presenza ci mancherà; l'averlo conosciuto e il suo vivo ricordo ci accompagneranno e ci aiuteranno nel prosieguo del nostro lavoro.

Giovanni Schipani