

**INFLUENZA 2010-2011:  
LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

Il 29 luglio scorso, sentito il parere del Consiglio Superiore di Sanità, il Ministero della Salute ha diffuso le raccomandazioni relative al controllo e alla prevenzione dell'influenza per la stagione 2010-'11 (vedi le Linee Guida a pag. 504).

Si tratta di un appuntamento ormai consueto, ma dopo gli avvenimenti dello scorso anno queste indicazioni ministeriali assumono un significato particolare, dovendo in qualche modo dimostrare un cambio rispetto alla non impeccabile gestione della "emergenza" pandemica dello scorso anno. La prima impressione che si ricava dalla lettura del documento nasce dal cambio dei toni: niente più note allarmistiche e un richiamo frequente alle evidenze della scienza piuttosto che alle suggestioni della protezione assoluta a tutti i costi. Si può così, dopo una sommaria descrizione della situazione epidemiologica mondiale, riconoscere tranquillamente che *in base ai dati disponibili non è possibile prevedere come la situazione evolverà nei prossimi mesi*; l'impossibilità di fare queste previsioni non è però un dramma; tutto il documento lascia trasparire il messaggio che comunque ci si sta attrezzando per una "normale" epidemia di influenza, che l'incertezza dipende dal "normale" grado di imprevedibilità di queste situazioni e che non dovremo fronteggiare una spaventosa pestilenza, come invece ci stavamo abituando a pensare nelle ultime stagioni influenzali. La diffusione in Italia dell'epidemia del 2009-'10 è risultata alla fine, secondo i dati ministeriali, essere stata complessivamente inferiore a quella del 2004-'05. Il Ministero stima che gran parte della popolazione sia ancora suscettibile al virus pandemico, ma riconosce che, in mancanza di dati sierologici, è impossibile confermare qualunque stima, essendo sconosciuto il numero di casi a- o pauci-sintomatici. In ogni caso, a livello mondiale, non sono emerse significative mutazioni e non sono comparsi (come da qualcuno paventato) ceppi più virulenti. Di nuovo, quindi, la "normalità" di poter dire quello che davvero si sa: non sono emersi i temuti ceppi più aggressivi, insieme a quello che non si sa: la stima attendibile del numero di soggetti suscettibili; ma neanche questo è presentato come un dramma. Ci sono poi alcune affermazioni di importanza fondamentale: la sorveglianza virologica ufficiale conferma che solo il 38% dei campioni prelevati da soggetti che sembravano clinicamente affetti da influenza erano positivi per un virus influenzale. Questo dimostra una grande verità che non può più essere sottovalutata: durante l'epidemia di influenza non tutto è dovuto al virus dell'influenza, per cui è più corretto parlare di *influenza-like illness* o ILI (e i 2/3 delle ILI sono causati da agenti diversi dal virus influenzale). Anche per questo non ci si può aspettare risultati eclatanti dalla vaccinazione di massa. Un'altra affermazione fondamentale riguarda l'enfasi con cui viene sottolineata l'importanza delle misure igieniche per la prevenzione dell'influenza: lavaggio delle mani, igiene respiratoria, isolamento volontario e uso di mascherine da parte dei soggetti ammalati. Viene riconosciuto al lavaggio delle mani il ruolo di intervento preventivo *di prima scelta*. Basti pensare alla non specificità nei riguardi del virus influenzale, ma al valore universale per tutte le affezioni respiratorie, per capire l'importanza di queste semplici e sottovalutate misure. Per quanto attiene alla vaccinazione, il Ministero riconosce come obiettivi della stessa i soggetti più fragili e li individua nelle persone sopra i 65 anni e in quelle di qua-

lunque età affette da malattie di base che ne aumentino il rischio di complicanze. Vengono quindi finalmente (anche se in modo implicito) riconosciuti i limiti della strategia di vaccinazione universale dei soggetti giovani intrapresa lo scorso anno e vengono implicitamente sconfessate le richieste di ampliare l'offerta del vaccino antinfluenzale a tutti i bambini sani (partendo da quelli che frequentano il nido o altre comunità). L'aspetto più innovativo della scelta di escludere i bambini sani dalle categorie da vaccinare sta nella "normalità" della sua motivazione: il Ministero decide di escludere i bambini per il semplice motivo che mancano le evidenze dell'utilità di farlo, nonostante il fatto che la Sanità USA e canadese facciano scelte di segno diverso. Non è quindi sempre automaticamente da imitare quello che viene da oltreoceano: ci possono essere scelte diverse perché si tratta di sistemi diversi; ci possono essere valutazioni critiche senza per questo doversi sentire non al passo con le esigenze sanitarie. Ci sono anche punti di scarsa chiarezza (posso dire poco coraggio?) in cui sembra quasi che ci si fermi nel mezzo del guado, come nei riferimenti alla vaccinazione concomitante degli anziani con antipneumococco nonostante le scarse evidenze a favore; nei riferimenti alla sindrome di Guillain-Barré e alla prudenza che si invita ad avere quando si pensa di vaccinare qualcuno che ha un familiare affetto, mentre contemporaneamente si esclude ogni tipo di relazione tra sindrome e vaccino; nei riferimenti all'adiuvante MF59, che è autorizzato solo per gli anziani nel vaccino stagionale e invece è autorizzato per tutti (con riferita sicurezza) nel vaccino pandemico. Ma, tutto sommato, ci piace questo ritorno alla "normalità" che si vede nel voler ribadire le reali proporzioni delle cose, così come nel voler riappropriare del ruolo di decisore e di volerlo fare sulla base delle evidenze piuttosto che delle pressioni derivate dalle suggestioni emotive. Insomma, un documento orientato nella giusta direzione. Speriamo che duri.

**Rosario Cavallo**  
**Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)**

**SVILUPPO DEL GUSTO NEL BAMBINO:  
TRA GENETICA E AMBIENTE**

L'articolo di Greco e Morini "Lo sviluppo del gusto nel bambino" (pag. 509) è per molti aspetti condivisibile. Ritengo tuttavia utile proporre un paio di punti di vista più generali e sganciati dalla relazione "univoca" neonato - gusto - madre. Partiamo da alcune considerazioni generali. Pensiamo ad esempio al peperoncino piccante, un elemento fondamentale della cucina calabrese, apprezzato in un'area ristretta del Sud Italia. Come genetista mi sono più volte chiesto se, una volta introdotto nell'alimentazione, fosse stato accettato solo dai calabresi in quanto geneticamente predisposti ad apprezzarlo. E che dire delle coltivazioni che millenni di storia agricola hanno selezionato? Abbiamo scelto ciò che meglio cresceva nelle nostre terre e ci siamo di conseguenza adeguati a mangiarlo, o abbiamo selezionato ciò che eravamo predisposti ad apprezzare? Perché alcune cucine sono particolarmente dolci e altre meno? È solo tradizione o c'è una componente biologica in grado di spiegare almeno in parte la diversa capacità di percepire i vari sapori?

Oggi sappiamo che esiste una diversa capacità biologica, determinata geneticamente, di percepire l'amaro, l'umami e

lo stesso piccante. E di questo gli Autori danno una sufficientemente esaustiva informazione. Questa capacità è presente alla nascita e si mantiene nel tempo, anche se col passare dell'età, ad esempio per fenomeni di neurodegenerazione, si accettano di più i cibi amari. La percentuale di coloro che gli Autori chiamano non-percettori (in inglese *non taster*) rispetto al gene TAS2R38, il principale recettore per l'amaro, varia da popolazione a popolazione. I *taster*, più sensibili all'amaro, non prediligono i cibi come le crucifere, ricchi in tiouree (cavoli, broccoli, cavolini di Bruxelles, rape ecc.), quelli contenenti caffeina, chinino, isoumuloni (amaro della birra), naringina (pompelmi). Sono inoltre più sensibili alla percezione del piccante (irritante) e del grasso (distinguono meglio rispetto ai *non taster* tra insalate con il 40% e il 10% di grassi) per una maggiore presenza di terminazioni del nervo trigemino. Ovviamente i *non taster* tendono a comportarsi in maniera opposta. Da noi i *non taster* costituiscono circa il 35% del totale, in Africa Occidentale il 5% e in India quasi il 55%. Questi dati correlano in maniera lineare e significativa con il tipo di cucina sviluppata nel corso dei millenni. Ad esempio, in Africa Occidentale è particolarmente dolce, mentre in India è speziata e piccante.

Tutto questo ci dice che anche gran parte degli aspetti che noi oggi chiamiamo culturali (le tradizioni enogastronomiche, ad esempio) ha nel tempo subito l'influenza della componente biologico-genetica. Magari quella della maggioranza genetica della popolazione stessa. Quindi, accanto all'unicità di gusto che ci caratterizza, dobbiamo prendere in considerazione l'appartenenza a un gruppo.

Proviamo ora a calarci nella realtà dello svezzamento. Qual è la percentuale di bambini che si svezzano con estrema facilità? Non conosco questi dati, ma sarebbe molto interessante definirne la percentuale. Infatti, allo svezzamento avviene il passaggio da un'alimentazione chiaramente dolce (il latte materno) a una meno dolce e in alcuni casi caratterizzata da componenti amare. Sulla base della distribuzione di *taster*, *medium taster* e *non taster* per il gene TAS2R38 mi aspetterei una distribuzione seguente: il 35% dei bambini non crea alcun problema (il *non taster*), il 50% crea qualche difficoltà (il *medium taster*), e il rimanente 15% ne crea molte (il *super taster* o "piccioso" degli Autori), indipendentemente dal genotipo della mamma. In conclusione, forse la biologia e la genetica sono alla base del detto latino *De gustibus non est disputandum*, e questo vale già per il neonato!

**Paolo Gasparini**  
Direttore della Struttura Complessa di Genetica Medica  
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

### "MEDICO E BAMBINO" SU FACEBOOK

Molti pediatri che appartengono alla generazione laureata negli anni '80 non sanno esattamente cosa siano i *Social Network*, e tra questi *Facebook*. I medici di questa generazione hanno visto nascere Internet, la posta elettronica e per interesse, curiosità o per forza si sono abituati a utilizzare questi potenti strumenti di comunicazione. A dire il vero non tutti e in ogni caso spesso con qualche difficoltà.

Se invece i pediatri di questa generazione provano a chiedere ai loro figli o ai medici che si sono laureati negli anni 2000 cosa utilizzano come sistema di comunicazione principale,

questi rispondono con facilità: gli SMS e *Facebook*, talora in un tutt'uno estemporaneo, grazie all'esplosione nell'utilizzo dei cosiddetti *smartphone*. Già la posta elettronica è diventata per loro qualcosa di "tradizionale" e pertanto di più ufficiale e meno utilizzata per comunicazioni rapide e "giovani".

La comunicazione è cambiata, e questo riguarda anche l'ambito editoriale e scientifico. Chi un decennio fa annunciava la morte dell'editoria stampata si è probabilmente sbagliato, e per certo le riviste e i libri non perderanno mai il loro ruolo. È anche vero, però, che Internet ha aperto un mondo di comunicazione "nuova", sicuramente con molta meno carta, ma soprattutto più rapida e più interattiva. Qualcuno prospetta che in futuro anche riviste prestigiose pubblicheranno sempre meno articoli originali e diventeranno sempre di più dei luoghi di dibattito, degli spazi di confronto e di commento. Di fatto le nuove generazioni di medici avranno sempre più bisogno di alcuni dei vantaggi che "la rete" offre. La speranza è che i vantaggi siano in termini di una conoscenza attendibile, non solo nozionistica, ma anche e soprattutto culturale e di metodo. Il ritorno per tutta la comunità è l'arricchimento generale prodotto proprio dalla condivisione.

Recentemente proprio le principali riviste mediche (*BMJ*, *Lancet*, *N Engl J Med*) hanno creato una loro pagina *Facebook* che sta avendo un certo successo in termini di "condivisione" e di interattività. Nell'ambito dell'editoria pediatrica, ancora più recente è l'annuncio di *Pediatrics* (che vuol dire dell'*American Academy of Pediatrics*) di entrare in *Facebook*.

Chi si avvicina ora a *Facebook* può rimanere profondamente deluso perché il sistema di comunicazione dà l'impressione di fornire informazioni "mordi e fuggi", con il rischio che tutto passi e poco rimanga (come sfogliare un giornale leggendo i titoli e al massimo il corsivo di presentazione, ma senza approfondire l'argomento...).

Altri possono storcere il naso nel mescolare il sacro con il profano, e calare la "scienza" in *Facebook* può dare l'impressione di sminuirlo, di farla passare in un canale di serie B, privo dei criteri di rigore che rendono una rivista credibile.

Ma di fatto *Facebook* deve essere accolto e utilizzato per quello che è, ossia un sistema di comunicazione, e la comunicazione appartiene a quello che desiderano condividere le persone, i gruppi e anche i giornali scientifici e gli operatori sanitari. In altre parole, come tutti i sistemi di comunicazione, i modi per usufruirne sono diversi e ognuno può cercare quello che è più interessante e utile. Che si legga la rivista cartacea sul proprio sofà, o che si ascolti o guardi un *podcast* sul proprio iPod mentre si fa palestra, poco importa.

Anche *Medico e Bambino* ha deciso di creare una sua pagina su *Facebook* (<http://www.facebook.com/medicoebambino>), in una prospettiva ancora tutta da definire, ma che è già attraente per la possibilità di rendere disponibili in pochi secondi molti dei contenuti della rivista che sono già on-line ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)), ma anche per annunciare eventi e notizie utili che provengono dal mondo pediatrico nazionale e internazionale e per stimolare dibattiti.

Siamo in attesa di proposte da parte dei lettori: questa volta con la prospettiva di costruire qualcosa di nuovo e di auspicabilmente utile, nello spirito e nei contenuti che hanno caratterizzato in questi anni *Medico e Bambino*.

**Federico Marchetti, Gianluca Tornese**  
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste  
per la Redazione di *Medico e Bambino*