

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.

## Influenza A H1N1: abbiamo perso degli amici

Negli ultimi numeri dello scorso anno abbiamo riempito tutti gli spazi disponibili su *Medico e Bambino* di notizie storiche, biologiche ed epidemiologiche che riguardavano la nuova miscela genetica (apparentemente meno esplosiva del previsto) che ha prodotto l'ultima pandemia influenzale. Ci era sembrato, e ancora ci sembra, di essere stati ragionevolmente completi e obiettivi sull'informazione, ed equilibrati sulle conclusioni, anche se abbiamo cercato di "concludere" il meno possibile, lasciando a ciascuno di "capire" e "scegliere". Tuttavia, questo nostro atteggiamento non è stato esente da critiche dure che, per motivi di spazio da una parte e dovere di trasparenza dall'altra, pubblichiamo sul sito di *Medico e Bambino* ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)) in Segnaliamo, "Influenza A H1N1".

M&B

## Vaccinazione anti-papillomavirus

Il Ministero sta bombardando le famiglie italiane con una sua lettera di presentazione nella quale invita le bambine dodicenni a vaccinarsi contro il papillomavirus.

I genitori sono molto spaesati e, come sempre, chiedono consiglio e chiarimenti a noi, i loro pediatri di famiglia.

La nostra comunità scientifica è divisa e tutto mi sembra proceda come un boccone da dovere ormai buttar giù.

Alcuni tra noi pediatri (almeno per quello che mi riferiscono i genitori) dicono un secco "no!"; altri dicono "sì, certo!"... i ginecologi (sempre a detta loro) dicono "sì!". Nessuno, o forse pochi, spiegano loro un bel niente, laddove di cose da dire ce ne sarebbero tante e consensi informati ben compresi da firmare altrettanto.

Ora dico la mia.

Stanno spendendo *una barca di denaro nostro* per una campagna che non sapremo mai se potrà essere veramente fruttuosa e questo perché:

- per portare frutto dovrebbero essere vaccinate tutte le bambine e le giovani adulte e io non credo che questo accadrà mai;
- per essere fruttuoso dovremmo sapere se i benefici saranno superiori ai suoi effet-

ti collaterali a breve e a lungo termine e soprattutto se l'immunizzazione a lungo termine sarà sufficiente con sole 3 dosi;

- dovremmo chiarire bene ai genitori e alle ragazze che essere vaccinati non le rende sicuramente protette dal tumore al collo dell'utero e questo perché il vaccino non ha una copertura del 100%; ci sono tanti sierotipi incriminati; ci sono cause non infettive;

- per essere fruttuoso dovremmo continuare a vaccinare per decenni e non credo che ciò accadrà mai, perché la spesa di questo vaccino è veramente esagerata e sono certo che non saremo in grado di sostenere a lungo termine questo impegno;

- al riguardo - ma non voglio suggerire niente a nessuno né fare il moralista - vorrei solo ricordare che il prof. Albert Bruce Sabin, per far sì che tutti i bambini potessero beneficiare del vaccino contro la poliomielite da lui creato, rinunciò a brevettarlo consentendone la diffusione anche fra i poveri senza speculazioni economiche. Oggi, grazie a Sabin e al suo grande dono, la polio può considerarsi quasi debellata;

- per essere fruttuoso il vaccino bisognerebbe che raggiungesse tutti, anche i poveri che non hanno una cassetta di posta dove far pervenire una lettera-invito;

- per essere fruttuosa la campagna, dovrebbe apparire ben chiaro che mai e poi mai potremo abbassare la guardia sulla prevenzione e che solo l'associazione pap-test e vaccino potrebbe conferire una protezione significativa.

E infine fatemelo dire. A tutte le mamme che oggi mi hanno consultato sulla questione vaccino anti-papillomavirus ho chiesto: «Signora, fino a oggi vi ha mai raggiunto qualcuno con una telefonata, una lettera, un avviso, un contatto per invitarvi a praticare un pap-test e una mammografia?». La risposta - almeno per quel che riguarda i tre distretti a me adiacenti a cui afferiscono i miei pazienti - è stata nel 100% dei casi: «No! Mai nessun invito!».

Ora mi dico: Caspita! Con quella valanga di denaro pubblico che stiamo usando avremmo potuto permetterci di contattare telefonicamente tutte le donne in età fertile; avremmo potuto prelevarle singolarmente con un taxi e accompagnarle al consultorio più vicino, fare loro un pap-test e una mammografia, offrire loro una colazione al bar per poi riaccompagnarle a casa; dopo 15 giorni avremmo potuto incaricare un corriere espresso per recapitare fino a casa il referto e, nel caso il risultato del te-

st di screening fosse risultato positivo, le avremmo potute ricontattare per invitarle a una visita di controllo.

Raffaele D'Errico  
Pediatria di famiglia, Napoli

*"Medico e Bambino" si è espresso sovente (non direttamente ma attraverso lettere e risposte di epidemiologi) a proposito di questo contestato vaccino, messo in opera (come d'altronde quello per la "suina") prima che se ne potesse fare una adeguata sperimentazione (e questo è forse naturale, data la lunghezza dei tempi necessari) ma anche al di fuori di una programmazione razionale che permetta, domani e dopodomani, di fare i conti sui vantaggi, sui costi e sui benefici, paragonando due popolazioni, vaccinata e non vaccinata. È stato anche sottolineato il rischio molto concreto della perdita di vista dell'altro approccio preventivo, quello del pap-test. In un recente editoriale si è anche preso in considerazione l'aspetto della spesa vaccinale nei confronti dell'insieme, domani forse insostenibile, della spesa sanitaria, appesantita (ahimè) dall'allungamento dell'età "improduttiva" (Medico e Bambino 2009;28:416-7). L'argomento rimane aperto, ma non può non colpire la mancanza di coordinazione e di consenso (o dissenso) nell'ambito della medicina territoriale: mentre i medici e i pediatri di famiglia non possono non sentirsi parte (prima di pensiero, ma anche, poi, di azione, necessariamente concorde) della sanità pubblica, doverosamente coordinata a livello di ASL, di Regione, di Paese.*

Franco Panizon

## Cortisone a tutti?

In qualità di pediatra libero professionista mi capita di osservare da un paio d'anni prescrizioni terapeutiche con corticosteroidi sistemici (in particolare betametasona) che diventano sempre più frequenti.

Questo uso disinvolto, una vera e propria moda, certamente è molto radicato in Campania ma temo che si diffonderà su tutto il territorio nazionale. Il corticosteroide viene prescritto dalla guardia medica, dal pediatra di famiglia ma anche in ospedale. Le situazioni patologiche nelle quali si fa ricorso al corticosteroide (più spesso per bocca, ma talvolta anche intramuscolo) sono: febbre elevata, affezioni catarrali delle prime vie aeree specialmente in lat-

tanti (nei quali viene anche associato l'antibiotico), otite media, broncospasmo a malapena percepibile, modeste reazioni cutanee.

Del tutto di recente ho avuto modo di osservare due casi di varicella particolarmente gravi in bambini che solo da qualche giorno avevano assunto il betametasona, dato per os per altra patologia, nonché una iperglicemia molto elevata e persistente in un bambino di sei anni trattato con cortisone per sette giorni.

Vorrei sentire il Suo parere su questa nuova "moda".

Secondo quesito: nei mesi estivi degli ultimi due-tre anni mi è capitato sovente di visitare bambini di prima infanzia affetti da stato di agitazione, crisi di pianto irrefrenabile, modesto rialzo febbrile, senza nessun riscontro obiettivo all'esame clinico. Spesso ho assistito alla drammatica scomparsa della sintomatologia consigliando ai genitori di garantire al piccolo una buona circolazione d'aria, evitando di tenere i bambini (come sistematicamente veniva fatto) in carrozzine, in port enfant e congegni similari dove il lattante è come infossato. In sintesi, ritengo quindi che si riproduca una situazione per certi versi assimilabile (anche se di certo più attenuata) a un colpo di calore.

Chiedo il vostro parere e mi piacerebbe sapere se altri colleghi hanno verificato casi analoghi.

**Fulvio Sellitto**  
Pediatra, già primario dell'Ospedale  
"Fatebenefratelli", Benevento

*Non so rispondere al secondo quesito. Penso, dalla Sua descrizione, che Lei abbia ragione; anzi credo difficile ipotizzare un'altra causa; ma non ho, nel mio sdruccio taccuino, esperienze a cui possa far riferimento. Il quesito, come Lei chiede, rimane aperto per i colleghi che leggono queste "lettere".*

*La risposta al primo quesito è più facile, ma non indolore. Che io sappia, la malattia di dare-il-cortisone-a-tutti non ha ancora passato il Po, ma non posso dirlo con assoluta sicurezza. Qui nel FVG e nel Veneto, in compenso, danno a tutti l'aerosol con beclometasone o altro steroide, per qualunque tosse, per pochi giorni. Penso che sia un ottimo placebo e non ho (più) le forze per oppormi a questo poco professionale strumento di (pseudo)potere (sulla famiglia, sul malato e, sempre come placebo, anche sulla malattia). In realtà, da piccolo, ho sognato di predicare, attraverso questa rivista, una cosa astratta e un po' rigida: la professionalità, come soddisfazione, per il pediatra, della propria giornata e della propria vita; e ogni tanto ci ricado. Ma penso di non essere più all'altezza, e forse di non esserlo mai stato; e non so nemmeno più se ne valga la*

*pena, né se l'ho fatto, fino a ieri, solo per soddisfare il mio ego.*

*Dare il cortisone per due o tre giorni per una crisi d'asma infettiva è permesso, assieme al broncodilatatore, anche se la sua efficacia non è stata formalmente e sicuramente dimostrata. Dare il cortisone per una tonsillite, anche streptococcica, assieme alla amoxicillina è una di quelle cose che è riuscita a entrare nella letteratura ufficiale (Olympia RP, et al. Effectiveness of oral dexamethasone in treatment of moderate to severe pharyngitis in children. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:278), ed è stata, forse colpevolmente, recensita nelle Novità in Pediatria che io allora compilavo, sia pure con un commento negativo. Dare il cortisone, una piccola quantità, una singola dose, nella tonsillite da adenovirus, oltre che nella PFAPA, è una cosa che io stesso ho ritenuto essere di dimostrata efficacia, e perfino di pubblicarla come piccolo contributo originale (Mendoza A, Panizon F. La tonsillite ricorrente da adenovirus. Medico e Bambino 1998;17:378; oppure, per miglior chiarimento, Dagaro PF, Panizon F, Ventura A, Zocconi E. La tonsillite ricorrente e la tonsillite focale: una rivisitazione. Medico e Bambino 2001;20:231).*

*A furia di dare il cortisone, in piccola quantità, 1 mg/kg/die di prednisone, 0,1 mg/kg/die di desametasone, per uno-due-tre giorni, i pediatri si sono accorti che non faceva poi male, che aiutava, forse, a fare andar via la febbre, che dava tono al bambino, che non era una di quelle cose per cui si poteva finire in tribunale. Certo, c'è il rischio, quasi unico e molto speciale, della varicella complicata, come nei casi che Lei, molto opportunamente, ha ricordato. Ma è un rischio raro. Come ad Adamo, anche al pediatra piace ogni tanto assaggiare il frutto del bene e del male. Adamo, però, alla fine, non ne è rimasto contento.*

*Non vorrei che questa mia risposta aiutasse quell'abitudine così poco professionale dei pediatri di casa Sua, a passare il Po. Spero tanto di no. Spero ancora, sempre, che la professionalità, cioè la conoscenza del cosa e del come funzionano le cose, e il rispetto (convinto) dei protocolli (condivisi) di comportamento, o delle linee-guida, non rigide ma intelligenti, accompagni il pediatra, del Nord e del Sud. Ecco, meglio, che lo accompagnino sempre la conoscenza, la responsabilità, la condivisione, la cortesia, la pulizia del cuore.*

**Franco Panizon**

## Il ruolo dell'etica in pediatria

*The childhood shows the man,  
As morning shows the day.  
(Milton, Paradise Regained, 1671)*

L'etica in medicina, e in particolare nella scienza pediatrica, ha assunto sempre maggiore importanza nella teoria e nella pratica come conseguenza degli avanzamenti e dei progressi nel trattamento di malati terminali. Studiosi e professionisti frequentemente respingono i valori assoluti dell'etica rapportabili a principi di "giustizia", "veridicità", "integrità" e considerano rilevanti esclusivamente le conseguenze non-morali. Ogni caso clinico, in verità, comporta un'analisi differenziata tra decisioni morali e non-morali, nonché la determinazione di gradi e livelli di scelte morali. È quindi necessario attuare nella prassi un atteggiamento etico profondo e universale, come affermava il Premio Nobel Albert Schweitzer, che protegga la vita e non la distrugga.

A distanza di pochi anni forse nessuno ricorda più il caso della piccola Ashley X, la bambina americana di sei anni affetta da encefalopatia statica, i cui genitori chiesero di "farla rimanere bambina" asportando alcuni organi e mettendo quindi in atto una pratica eugenetica. La scelta dei genitori fu accolta dal comitato etico dell'ospedale di Seattle nel 2004 per il risultato ritenuto "conveniente": in parole semplici, la piccola statura della paziente avrebbe facilitato l'assistenza terapeutica e avrebbe suscitato eterni sentimenti di tenerezza nei suoi confronti. Il caso fu reso noto solo a posteriori e nessun intervento legale o giuridico è stato mai intrapreso. L'obiettivo della scelta è apparso ai medici "morale", ovvero positivo per il paziente e i familiari; l'origine della scelta potrebbe non corrispondere a principi etici, bensì unicamente pragmatici. Il desiderio dei genitori di mettere in atto una manipolazione invasiva e selettiva, sia pure con obiettivi legati a sentimenti di amore e protezione, non si coniuga con la conservazione dell'integrità fisica del bambino-paziente.

Tuttavia, il ruolo dei genitori è uno dei punti cardini dell'etica in pediatria, e porta inevitabilmente ad allargare il discorso sul tema assai dibattuto del "consenso informato". Rimuovendo lo storico principio secondo il quale i figli sono "proprietà" dei genitori, la legislazione americana più recente ha sancito ripetutamente il diritto del bambino a essere protetto dal dolore e dal rischio eccessivo e inappropriato. E tuttavia in America una buona parte della sperimentazione pediatrica avviene su bambini cosiddetti "underprivileged", ovvero appartenenti a classi povere o a minoranze etniche, i cui genitori acconsentono nella speranza di ottenere benefici economici o assistenziali: si veda in proposito il contributo di D. Lambelet Coleman in *Duke Law Journal*, "The Legal Ethics of Pediatric Research", edizione elettronica; si vedano anche, a titolo di esempio, le in-

dicazioni della Facoltà di Medicina dell'Università di Washington, che richiamano i medici al dovere di proteggere gli interessi del bambino quando le decisioni dei genitori risultassero pericolose, imprudenti, negligenti o abusive.

Valori sociali, tradizioni e sentimenti, motivi religiosi possono condizionare le scelte dei genitori in merito alla salute e al trattamento terapeutico dei figli. Ad esempio, un genitore ha il diritto di rifiutare le vaccinazioni per il figlio sulla base di valori religiosi e culturali. Il medico, dal suo punto di vista, non è moralmente obbligato a offrire un trattamento che non ritiene di beneficio per il paziente o che potrebbe comportare rischi.

Sostanzialmente i principi etici fondamentali della ricerca e della professionalità pediatrica non si discostano da quelli di altre discipline mediche, ma nella prassi occuparsi di un sistema complesso, il bambino e la famiglia, comporta dei problemi peculiari. La professionalità pediatrica si realizza in interazioni multilaterali tra il pediatra e il bambino-paziente, la famiglia, altri specialisti e servizi pediatrici. Il diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo, comune a tutte le scienze mediche, viene elaborato dall'*American Board of Pediatrics* alla luce di altri principi che caratterizzano la pratica clinica. Primo fra tutti il rispetto per la dignità e la sensibilità a evitare differenze di genere, razza e cultura; a questo si aggiungono l'onestà e l'integrità, ovvero la capacità di far fronte agli impegni assunti. Ma poiché al pediatra è anche richiesta un'interazione multilaterale, l'empatia assume un ruolo predominante nel comprendere i bisogni del paziente e della famiglia, valutando sempre il loro punto di vista e quello dell'intera comunità scientifica. Questo comporta una forte abilità nella comunicazione e nella collaborazione, includendo nei fattori terapeutici anche interventi appropriati all'assistenza domestica, all'inserimento scolastico, alla riabilitazione fisica e psicomotoria. Il costante aggiornamento del pediatra anche in settori professionali affini implica la sua volontà nel perseguire un miglioramento culturale nell'arco dell'intera vita professionale; inoltre un'attitudine di altruismo che lo induce a sviluppare un'equilibrata consapevolezza dei propri limiti, un'onestà intellettuale, la disponibilità a richiedere ad altri supporti tecnici e culturali.

Un approccio multilaterale, nell'interazione medico-paziente-famiglia-comunità è essenziale per il raggiungimento dell'obiettivo, che consiste nel provvedere cure mediche accessibili, continue, globali, coordinate, accettabili. Il "consenso informato" nella pediatria comporta anche il coinvolgimento del paziente, nonostante la giovane età, nella conoscenza della pa-

tologia e nelle scelte terapeutiche. Allo stesso modo il pediatra deve riuscire a realizzare un'integrazione di quei valori che enfatizzano non solo i diritti e le libertà individuali, bensì quelli collettivi e sociali, come scriveva D. Bonhoeffer (1906-1945): "Il livello di moralità di una società si misura su cosa fa per i suoi bambini".

**Gennaro Giovanni Viviano**  
**Già Responsabile Emergenza Pediatrica**  
**DEA, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù,**  
**Roma**

*Dobbiamo confessare di aver avuto qualche perplessità alla pubblicazione, in questa sezione di "Lettere", di questo testo che non è propriamente una "lettera" (non si aggancia, come in genere succede, a fatti specifici, è un po' più lunga di una lettera usuale, sicché ci dobbiamo scusare per qualche quasi innocente taglio) e che non è propriamente nemmeno un articolo. E che ciononostante ha un suo vigore e un suo senso, che costringe chi lo legge, a pensare, quanto meno, alla complessità e delicatezza del suo, del nostro lavoro (che non si limita, evidentemente, alla tachipirina e all'aerosol di beclometasone), e alla necessità di coltivare e confrontare continuamente il proprio sapere e il proprio saper fare.*

**Franco Panizon**

## Tipologia di allattamento e asma

In una ricerca pubblicata nel lontano 1972 sui rapporti tra allattamento materno, allattamento artificiale e asma nel bambino, avevo chiesto, tramite un questionario, ai genitori di bambini frequentanti le scuole elementari e medie se il loro figlio avesse avuto episodi di asma e per quanti anni questi episodi si fossero ripetuti. Questo metodo di rilevamento è usato ancora oggi ed è ritenuto valido. Avevo considerato come asma i casi in cui gli episodi asmatici si fossero ripetuti per due o più anni. Dalla ricerca era risultata una netta riduzione dei casi di asma tra i bambini allattati esclusivamente al seno per almeno tre mesi rispetto ai bambini allattati con latte artificiale. Questo effetto protettivo del latte materno non si verificava però rispetto a tutti i latti artificiali, ma solo rispetto ai latti artificiali di sapore nettamente diverso da quello materno, cioè rispetto ai latti acidificati.

Se le cose stanno così, la protezione contro l'asma fornita dal latte materno non dovrebbe dipendere da suoi componenti esclusivi, di cui il latte di mucca è privo, ma da difetti, diciamo così, di latti che non siano semplicemente dolcificati. Difetti

che si potrebbero forse facilmente correggere, e che potrebbero consistere, ad esempio, nella sgradevolezza del sapore (che il sapore del latte acidificato fosse meno gradito mi sembra suggerito anche dal dato, riscontrato nella stessa ricerca, che la frequenza del pianto nei primi mesi di vita era nettamente più alta tra i bambini allattati con tale latte).

Questa ricerca, per quanto mi risulta, è stata la prima ad aver indagato sui rapporti tra asma nel bambino e tipo di allattamento, e l'effetto protettivo dell'allattamento al seno che ho riscontrato è stato in seguito confermato. Per la parte invece che riguarda l'analogo effetto protettivo del latte semplicemente dolcificato questa ricerca non è stata ripetuta, e non so se adesso si troverebbe ancora un latte, da usare come confronto, dal sapore altrettanto buono come il latte fresco o il latte in polvere semplicemente dolcificato di tanti anni fa.

**Luigi Grillo**  
**Medico in pensione, Como**

*Riassumendo i Suoi dati (raccolti su circa 7000 bambini), studiati, mediante questionario, all'età della scuola elementare o della scuola media, Lei ha trovato un valore di 6,0% asmatici nei bambini già allattati con latte artificiale acidificato, di 3,2% nei bambini allattati con latte artificiale "dolce" e del 2,5% nei bambini allattati al seno. Anche il numero dei bambini con pianto eccessivo nel primo anno di vita (tanto eccessivo da venir ricordato all'età della scuola) era sensibilmente più alto nei bambini del latte acido (18%) che nei bambini del latte "dolce" (13%) e in questi più che nei bambini al seno (10%). Se una debolezza va ascritta al lavoro è che (peccato!) i dati non sono stati sottoposti a una pur semplice valutazione statistica sulla varianza e all'esclusione di fattori confondenti (p.e. la classe sociale dei soggetti): tuttavia, la numerosità del campione e la costanza dei risultati nei diversi gruppi (quelli studiati alla scuola elementare e quelli studiati alla scuola media) fanno ritenere che le differenze registrate siano reali.*

*Diciamo intanto che l'effetto protettivo a distanza dell'alimentazione al seno era stato a suo tempo considerato (quasi) certo, dopo uno storico lavoro di Blair su Arch Dis Child (1977;52:613) (che anche nella Clinica di Trieste era stato confermato: dati non pubblicati); ma che i lavori più recenti e numerosi hanno contestato quelle prime osservazioni. Il mio pensiero è che dati raccolti in contesti sociali così diversi tra loro come quelli della metà del secolo scorso e quelli odierni non sono confrontabili, e che può essere che in "quel" contesto (malattie infettive ancora pesanti, comuni difetti di crescita, errori nutrizionali maggiori e mi-*

*nori, cattiva qualità dei lattini in polvere) il latte materno potesse esercitare anche verso l'asma un ruolo protettivo (specialmente antinfettivi). Quanto ai pianti disperati, non ho personale difficoltà ad associarli alle coliche, per le quali, sebbene dimenticata, la correlazione col latte di origine vaccina è stata provata sperimentalmente e avrebbe bisogno di una forte controprova per essere negata.*

*Meno facilmente spiegabili e più esili sono le differenze tra latte acido e latte "dolce". Le interpretazioni possibili sono tante, e molto più esili dei dati. Diciamo intanto, per i lettori, che il Suo lavoro era stato pubblicato nella Rivista di Neuropsichiatria Infantile e proponeva un'ipotesi psicosomatica (quelli del latte acido erano schifati del loro pasto, quelli del latte materno felici, quelli del latte dolce così-così). Oggi l'idea che l'asma sia una malattia anche solo in parte psicosomatica sembra molto lontana dalle nostre menti "molecolarizzate", ma anche la psiche ha le sue molecole, ed è un fatto che queste si incontrano nel corpo con le molecole della immunità e le modulano.*

*Un'idea più "molecolare" è che il latte acido modifichi, o modificasse, in maniera diversa dal latte "dolce" di allora, la flora del tratto digestivo: ecco dunque la proponibilità di un'ipotesi di un effetto "educativo" della flora intestinale sulla tolleranza alimentare; e più in generale di una protezione da parte di quest'ultima sulla patologia allergica. Potrebbe essere che a onta dei (deboli) presupposti che avevano aperto allora il mercato al latte acido, i suoi probabili effetti sulla flora, a differenza di quelli attribuiti allo yogurt, fossero svantaggiosi. Un'altra idea, molecolare, sarebbe che in quel latte (Pelargon rosso, se non sbaglio) ci fosse una quantità eccessiva di proteine, con effetto sia sulle coliche sia sull'equilibrio immunologico.*

*Non ho altro anche solo di vagamente ragionevole da proporre. Ma ogni dato registrato con obiettività e diligenza, come quelli che Lei ha raccolto, ha un valore. Chissà che prima di morire arriviamo a spiegare anche i Suoi.*

**Franco Panizon**

## Latti ispessiti e rischio obesità

Da anni noi della Milte, e non solo noi, riteniamo che aggiungere nel latte per lattanti e di proseguimento alimenti estranei che contribuiscono a trasformarlo in un alimento ipercalorico e squilibrato sia un grave errore.

Da anni proponiamo pertanto latti ispessiti (in particolare di proseguimento) che, oltre a non consentire di essere squilibrati in quanto già ispessiti, non apporta-

no calorie maggiori di quelle previste e che nel contempo aumentino la difficoltà di suzione dal biberon, mimando maggiormente l'assunzione dal seno.

Tale comportamento crediamo sia uno dei tanti buoni approcci atti a contrastare la pandemia dell'obesità, favorita anche dalla mancanza del latte materno.

Mi hanno sottoposto un dépliant (rivolto a pediatri e sicuramente oggetto di messaggio pubblicitario a consumatori) di una nota Azienda che consiglia l'aggiunta di cereali al latte di proseguimento, presupponendo che il lattante, per la colazione, necessiti di tale aggiunta! Non bastavano i famosi biscotti nel latte, ora anche la colazione e magari domani lo spuntino; pertanto avremo lattanti che, per stili alimentari, andranno già alla scuola materna o forse anche alle elementari... magari in scuolabus!

Ma i pediatri sono d'accordo? Sono d'accordo a promuovere solo l'uso o l'alternanza del latte materno oppure si preoccupano di vigilare anche sulla correttezza delle diete che non lo comprendono?

Sono propensi a dar credito solo a super ingredienti oppure anche a stili di alimentazione sostitutiva del latte materno che tendano a limitare/evitare certi errori e a far sì che gli alimenti estranei siano somministrati solo con pasti del divezzamento non lattei?

Nel recente passato abbiamo visto molti pediatri piuttosto arrabbiati, quando a farmacisti e altro personale preposto alla cura dell'infanzia è stata concessa la prescrizione/consiglio del latte perché si sentivano defraudati del diritto di essere gli unici a distinguere un latte buono da uno meno buono. Sì, ma se non intervengono anche su fatti quali quelli sopra descritti, sanno che prescrivendo ai loro assistiti/pazienti/neonati un certo latte 1, poi loro passeranno a un certo latte 2 con cereali o biscotti aggiunti?

Sarebbe opportuno che Associazioni/Società Pediatriche culturali e non, intervenissero a tutela della condotta di un'alimentazione corretta nella sua totale articolazione, mettendo in riga anche le aziende che vorrebbero saziare i loro appetiti facendo mangiare alimenti di dubbia utilità più precocemente ai lattanti. Noi siamo da sempre disponibili a ogni critica; peccato che, presumiamo per disattenzione e forse benevolenza, nessuno ce le rivolga nemmeno dalle pagine di una Rivista.

**Ivano Bronzetti  
Direttore Milte Italia**

*I pediatri sono tanti, "Medico e Bambino" non è la somma di tutti i pediatri, e non ha l'autorità per parlare, e risponderle, a loro nome. "Medico e Bambino", comun-*

*que, Le dà la Sua parte di ragione. Le Case di prodotti alimentari, e non parlo solo dei latti, dovrebbero, forse, tutte, darsi un'etica, ma ahimè non se la daranno. La SIGENP, Società Italiana di Gastroenterologia, Epato-logia e Nutrizione Pediatrica, dovrebbe forse dare delle linee guida intelligenti, e chiamare le Case al redde rationem. I pediatri "semplici", anche qui Lei ha ragione ma forse già lo fanno, non devono solo occuparsi dell'alimentazione del primo semestre (nel quale il latte materno è comunque centrale, anche e non solo per prevenire l'obesità) ma, certamente, anche delle abitudini alimentari del secondo semestre e della libertà e naturalità dello svezzamento, e delle abitudini alimentari del secondo anno di vita, che sono propedeutiche a quelle delle età successive, anch'esse improntate, così dovrebbe essere, alla naturalità, alla non forzatura, alla "austerità", al non fare del cibo LA GRANDE GRATIFICAZIONE; e anche, naturalmente, alla "sana", equilibrata, "asciutta", composizione della dieta. I compiti del pediatra sono, sulla carta, infiniti. Quello di essere dei bravi dietologi, oggi, è uno dei loro compiti non minori. Ma Lei ci sta dicendo che noi ce ne dovremmo occupare, almeno una volta, come Rivista? Forse non ha torto. Non è facilissimo, ma ci dobbiamo pensare.*

**Franco Panizon**

## Cos'è cambiato

Caro Franco, ho letto, era da tanto che non lo facevo, un pezzo di *Medico e Bambino* (anzi due). Parlo di "Cos'è cambiato", la tua autobiografia pediatrica (2009;28:332-7 e 2009;28:401-5), e mi salgono alcune riflessioni che voglio passarti.

Una storia utile oltre che edificante. Serve a farci riflettere, invita e aiuta a farci vedere tutto il buono che ci è attorno e che noi evitiamo di cogliere. Proprio così, evitiamo, e con rabbia sbagliata. Un'analisi della pediatria vista con realismo e saggezza, di cui condivido spirito e storia.

Manca però alla storia, secondo me, una parola importante: non compare mai la parola *protocollo*. Il concetto di protocollo ha cambiato un po' la medicina, il modo di pensare la medicina; ha costituito un miglioramento effettivo a saperlo maneggiare. Non si poteva più ignorarlo; certo non bisognava restarne incatenati, ma si poteva superarlo solo con consapevolezza e motivazioni adeguate.

Questi specializzandi di ora, tu scrivi, sono *nu babbà*; ma, di questo non scrivi, non so se c'è abbastanza cura a formarli in maniera che non siano solo dei formidabili tecnici. Che l'imparare a essere dei buoni cittadini, cittadini del mondo intendo, non

è tempo sprecato, non è distrazione ma aggiunge un tot di professionalità al loro buon operare. Ho sempre pensato (certo questo non vale per l'otite acuta) che per curare un bambino con una debilitante e annosa artrite reumatoide l'aver letto e apprezzato *I promessi sposi* possa costituire vantaggio.

**Pasquale Alcaro  
Soverato (Catanzaro)**

*Caro Pasquale, la mia storia è solo la mia storia, e non posso giurare che quello che ho visto corrisponda a quello che è successo in tutta l'Italia. Un po' mi sembra che sia così, e lo credo e lo spero, e anche il livello culturale che incontro o incontro quando giravo per l'Italia, me lo conferma.*

*Tu mi chiedi se gli specializzandi siano "umanamente" migliori di quelli di una volta. Penso che i confronti storici siano impossibili, perché il mondo cambia, i bisogni cambiano, le relazioni tra l'uomo e il mondo cambiano. Che siano sufficientemente buoni, oltre che molto bravi, credo però di sì. Giovani, poi, e generosi, come allora, che siano a Trieste, o a Modena, o a Cagliari, o a Brescia, o a Ferrara (ho nominato queste città non per caso, ma perché so, per esempio, che da lì gli specializzandi vanno anche in Africa a lavorare durante il tirocinio).*

*Quanto ai protocolli, forse la parola è superata con quel tanto di costrittivo che conteneva, anche perché il concetto è stato introiettato. Non credo che ci sia malattia complessa, dalla leucemia al diabete, per la quale i curanti non seguano dei protocolli. Credo che ci siano pochi medici di famiglia che curano una malattia semplice, la polmonite o l'infezione urinaria o la tonsillite streptococcica, senza seguire delle "regole". Piuttosto curano le malattie che non dovrebbero curare (antibiotici a tutte le febbri, ae-*

*rosol a tutte le tossi), ma si tratta, e se ne approfittano, di malattie che non esistono, quindi che non hanno protocolli. Male non fare e paura non avere.*

**Franco Panizon**

## **Il Giornale del linguaggio universale: DNA e...**

Da tempo desideravo scrivere al direttore di *Medico e Bambino* per presentare la rivista di divulgazione genetica intitolata *Il Giornale del linguaggio universale: DNA e...* ai suoi lettori, che sono tra i più qualificati, e tra quelli ai quali è particolarmente indirizzato il "Giornale del DNA".

Per presentare questo "Giornale del DNA" non trovo di meglio che riprendere l'editoriale (anzi, il contro-editoriale) del prof. Panizon, pubblicato sul numero 1 della rivista, che ha iniziato le sue pubblicazioni 3 anni fa.

«Una rivista di genetica per il medico pratico: ce n'è bisogno? Noi crediamo di sì. Una rivista per il medico di medicina generale, per il pediatra, per l'ostetrico (giusto per nominare tre branche "orizzontali" della medicina), ma anche per i cultori di branche "verticali", dalla chirurgia alla ortopedia, alla psichiatria, che non abbiano un "commercio quotidiano" con la genetica. Ma chi è che non ha, oggi, questo commercio quotidiano? L'asma, l'obesità, il ritardo mentale, le epilessie, l'emigrania, le malformazioni, l'aterosclerosi, i disturbi di personalità, l'infezione, tutto ha una base genetica, molecolare, conoscibile, riconoscibile, spesso curabile. Tutte queste sono banalità, anzi, sono diventate delle banalità, lentamente, impercettibilmente. Il neolaureato ha già introdotto la genetica nella "mescola" di cui

è fatto il suo modo di pensare, di vedere, di capire, di curare. Chi, come me, si è laureato più di cinquant'anni fa, ma ha avuto la fortuna di essere coinvolto nell'insegnamento, ha visto i granuli del "molecolare" (che in larga misura si identifica con il "genetico") emergere dal magma delle sue stesse conoscenze, come gli ammoniti in una roccia dolomitica. Per una parte dei medici il molecolare e il genetico sono arrivati tardi, e fanno fatica a far corpo col resto del sapere. Concorre in questo, sovente, la difficoltà dovuta a semplici faccende di vocabolario, di terminologia esoterica, di concetti dati per noti (e magari, invece, ancora in via di elaborazione). Per alcuni, o, talvolta, si tratta di rifiuto, di senso di inutilità (le medicine sono medicine, i rimedi sono i rimedi, quello che c'è dietro non cambia il modo di operare); o, ancora, si tratta di difficoltà d'accesso, per mancanza di chiavistelli elementari, all'immensa riserva contenuta nelle reti di internet.

Lo scopo del *Giornale del linguaggio universale*, che non è uno scopo facile, è quello di restituire alla genetica il suo ruolo naturale di struttura portante della materia medica. Rendere accessibili i concetti partendo dai problemi, i problemi rari e quelli di tutti i giorni, i problemi del passato, i problemi della transizione, i problemi del futuro; capire lo sviluppo come l'invecchiamento, la riproduzione come le malattie e la morte, intervenire naturalmente oppure forzando la natura, Capire.»

**Maria Gabriella D'Avanzo  
Direttore UOC Genetica Medica  
AORN S. Giuseppe Moscati, Avellino**

PS. Chi avesse voglia di leggere il mio editoriale, il sommario dei numeri precedenti e fare l'abbonamento può consultare il sito [www.giornaledellinguaggiouniversale.it](http://www.giornaledellinguaggiouniversale.it).

## **RINGRAZIAMENTO AI REFEREE**

*Medico e Bambino* ringrazia caldamente i colleghi che hanno svolto con accuratezza e con grande dedizione il lavoro di revisione degli articoli arrivati in Redazione:

Carlo Agostoni, Generoso Andria, Pietro Auconi, Egidio Barbi, Giorgio Bartolozzi, Alessandra Benettoni, Roberto Berni Canani, Giancarlo Biasini, Gianni Bisogno, Maurizio Bonati, Renata Bortolus, Cesare Braggion, Claudia Brufani, Jenny Bua, Vincenzo Calia, Marco Carbone, Adriano Cattaneo, Rosario Cavallo, Francesco Chiarelli, Alessandro Cicognani, Marta Ciofi degli Atti, Francesco Ciotti, Antonio Clavenna, Franco Colonna, Sergio Conti Nibali, Carlo Corchia, Paola Costa, Silvana Cremaschi, Mario Cutrone, Flavio D'Ossualdo, Giuseppina D'Otavio, Fernando Maria de Benedictis, Luciano de Seta, Sergio Demarini, Grazia Di Leo, Claudio Fabris, Massimo Farneti, Paolo Fiammengo, Giovanni Filocamo, Massimo Fontana, Fabrizio Fusco, Michele Gangemi, Paolo Gasparini, Luisella Grandori, Loredana Lepore, Paolo Lionetti, Giuseppe Magazzù, Giuseppe Maggiore, Paolo Manzoni, Roberto Marinello, Federico Marolla, Stefano Martellosi, Giuseppe Maseara, Gianfranco Mazzarella, Gianni Messi, Lorenzo Monasta, Giovanni Montini, Vitalia Murgia, Mario Narducci, Valerio Nobili, Tarcisio Not, Paolo Nucci, Paolo Paolucci, Fulvio Parentin, Marco Pennesi, Leopoldo Peratoner, Lucio Piermarini, Alfredo Pisacane, Maria Grazia Pizzul, Giuseppe Primavera, Marco Rabusin, Daniele Radzik, Franco Raimo, Ugo Ramenghi, Laura Reali, Lamberto Reggiani, Bruno Sacher, Camilla Salvestrini, Cecilia Sanesi, Carmela Santuccio, Federica Scrimin, Paolo Siani, Giovanni Simeone, Gianfranco Sinagra, Aldo Skabar, Valter Spanevello, Annamaria Staiano, Laura Strohenger, Giacomo Toffol, Giorgio Tonini, Alberto Tozzi, Enrico Valletta, Alberto Verrotti, Domenico Viggiano, Lucia Zancan, Federica Zanetto, Maria Elisabetta Zannin, Elisabetta Zocconi, Stefania Zoia, Gianvincenzo Zuccotti.