

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.

LA DIETA DEI PRIMI MESI E LO SVILUPPO DELL'ATOPIA

Longo e Panizon cominciano bene il loro articolo: ci siamo sbagliati per trent'anni. Poi però non si attengono alla logica conseguenza: la prossima volta saremo più prudenti. Scrivono infatti che il periodo migliore per iniziare l'assunzione di cibi eterologhi è la finestra tra il terzo e il sesto mese (2-5 mesi compiuti, *nda*): questo spingerebbe ad accettare il quinto-sesto mese (4-5 mesi compiuti, *nda*), indicato anche dall'*American Academy* come l'epoca "giusta" (virgolettato nell'originale) per l'aggiunta di cibi complementari.

È vero che condiscono il tutto con qualche invito alla cautela, "quello che affrontiamo è un discorso ancora *in fieri*, in piena fase di sviluppo..." e più avanti "le conclusioni devono essere ancora, a nostro avviso, provvisorie e prudenti", ma il tono generale è perentorio: queste sono le nostre nuove raccomandazioni. Ciò è confermato dal fatto che molti pediatri tornano da corsi e congressi in cui gli Autori presentano queste considerazioni con l'idea di dover cambiare le proprie pratiche. Ma è confermato soprattutto da un editoriale² e da un articolo³ rivolti ai genitori che lo stesso Panizon ha pubblicato quasi in contemporanea su *Un Pediatra per Amico (UPPA)*. Nell'articolo scrive: "Sembra che ci sia un periodo-finestra, un periodo ottimale, durante il quale il meccanismo della tolleranza è particolarmente efficiente, quello del quarto, quinto e sesto mese (3, 4 e 5 mesi compiuti, *nda*). Infatti, in uno studio molto largo, si è potuto osservare che un'allergia al grano si è verificata alquanto più raramente nei bambini che ne avevano assunto durante questa età "magica" (virgolettato nell'originale), che in quelli che ne avevano assunto prima o dopo." E nell'editoriale: "noi che scriviamo per voi... abbiamo imparato, e vorremmo insegnare, che ogni intervento medico è giustificato solo se esistono prove convincenti" e più avanti "una sconsiderata politica non basata sulle prove ha per anni e anni condannato l'introduzione di alimenti diversi dal latte materno nella dieta dei primi sei mesi, e per alcuni alimenti... nella dieta del primo anno di vita. Orbene, si è visto che in questi decenni l'incidenza di allergia alimentare si è moltiplicata, anziché ridursi; oggi abbiamo le prove che l'esposizione precoce a un alimento induce invece la tolleranza."

Esistono queste prove? Sono convincenti? Per brevità faccio solo un paio d'esempi. Lo studio molto largo sull'allergia al grano citato da Panizon è probabilmente quello di Poole⁴, citato anche su *M&B*, nel quale, in una coorte di circa 1600 bambini, solo 16 ri-

portavano allergia al grano, e di questi solo 4 con conferma di IgE specifiche. Gli Autori nella discussione scrivono: "Dati i piccoli numeri di bambini esposti per la prima volta ai cereali prima dei 4 mesi nella nostra coorte, non siamo stati in grado di trarre nessuna solida conclusione sull'esposizione molto precoce ai cereali e sul rischio di allergia al grano." Per sostenere la loro affermazione che "il pesce, [...] dato liberamente come alimento nel primo anno, al di là di un effetto protettivo nei riguardi di una sensibilizzazione specifica, dimezza il rischio generico di atopia", Longo e Panizon citano due studi di coorte svedesi. Limitiamoci al primo⁵, che sembra il più robusto. In una coorte di circa 4000 neonati, con dati disponibili per circa 2600 (64%) a 4 anni, solo 18 avevano IgE specifiche per il pesce. È vero che i bambini che avevano introdotto il pesce prima degli 8 mesi (ma quanto prima? l'articolo non lo dice) presentavano un rischio ridotto di IgE specifiche rispetto ai bambini che lo avevano introdotto dopo (OR 0,17; IC 95% 0,04-0,64), ma dopo l'esclusione dei bambini con eczema e/o wheezing ricorrente nel primo anno, e che avrebbero potuto ritardare l'introduzione di pesce per questo motivo, la differenza diventava non significativa (OR 0,27; IC 95% 0,04-1,47), tanto che gli Autori concludono: "I risultati devono essere interpretati con cautela, dati i piccoli numeri di bambini sensibilizzati al pesce." Prove convincenti?

Longo e Panizon fanno bene a demolire, per mancanza di prove, trent'anni di "feroci protocolli di *avoidance*", ma per la stessa ragione dovrebbero evitare di raccomandare la somministrazione precoce di cibi eterologhi. È interessante notare come Panizon, all'inizio del suo articolo su *UPPA*, lodi Lucio Piermarini per il suo libro *Io mi svezzo da solo*, che ha illustrato e di cui ha scritto la prefazione, manifestando il suo accordo sui contenuti. Anche Piermarini è un pentito, ma, coerentemente, si guarda bene dal rimpiangere vecchie e nuove prescrizioni. Si limita a dire che l'alimentazione complementare è una tappa dello sviluppo. E dato che non conosciamo la distribuzione per età dell'inizio di questa tappa dello sviluppo (né, aggiungo io, la distribuzione per età della sua fine, anche se alcuni studi di etnopediatria la collocano in una finestra molto ampia che va dai 2 ai 7 anni), Piermarini dice che bisogna lasciar fare al bambino, che accetterà cibi eterologhi quando questa decisione gli sarà dettata dai suoi bisogni nutrizionali e dal suo stadio di sviluppo. Non sappiamo quando ciò accadrà, ma molte evidenze

indirette ci fanno pensare che si tratti di una distribuzione asimmetrica con una mediana a circa 6 mesi e una media dopo quest'età. Ci saranno cioè bambini pronti per, e bisognosi di, alimenti complementari prima dei 6 mesi (ma dubito che ce ne siano moltissimi a 4 mesi compiuti e probabilmente nessuno a 3), ma di più saranno quelli pronti per, e bisognosi di, alimenti complementari dopo i 6 mesi. Questo tipo di distribuzione asimmetrica, che, ripeto, non conosciamo nei dettagli, è compatibile con quelle di altre tappe di sviluppo, dal sedersi senza sostegno al camminare da soli⁶. Come non forziamo un bambino a camminare, ma lo aiutiamo a farlo e a imparare quando mostra di essere pronto, così dovremmo evitare di introdurre alimenti complementari prima del tempo e limitarci ad aiutare il bambino quando mostra di essere pronto, proprio come sostiene Piermarini.

Longo e Panizon, invece, eliminano ogni prescrizione sulla sequenza dei cibi, ma ne introducono una nuova sull'età di introduzione. Facendo ciò, si allineano alle posizioni dell'ESPGHAN⁷, le cui raccomandazioni ("gli alimenti complementari non dovrebbero essere introdotti in nessun lattante prima di 17 settimane, e tutti i lattanti dovrebbero iniziare l'alimentazione complementare entro le 26 settimane") citano nel loro articolo. Ma la posizione dell'ESPGHAN, anch'essa poco convincente sul piano delle prove, è gravata da conflitto d'interesse. In una nota a piè di pagina scritta a caratteri minuscoli si legge: "Dichiarazioni di conflitti d'interesse dei membri del Comitato sulla Nutrizione (CoN) sono consegnate annualmente al segretario del CoN e sono disponibili su richiesta." Un amico spagnolo ha chiesto al segretario le dichiarazioni; la risposta è stata: "Nessuno dei membri del CoN ha dichiarato conflitti d'interesse." L'ho raccontata a un collega inglese; commento lapidario: *Bloody liars!*

Per concludere, è giusto fare piazza pulita di raccomandazioni prive di prove convincenti, ma è bene evitare di fare altre raccomandazioni in mancanza di prove convincenti. E soprattutto bisogna evitare di spacciare queste raccomandazioni ai genitori come migliori di quelle appena spazzate via. Aggiungerei anche che sarebbe ora di abbandonare gli atteggiamenti prescrittivi, o che sono percepiti come tali, anche se formalmente non lo sono, per l'autorevolezza vera o presunta di chi li enuncia. I genitori sono persone in grado (anzi, con il diritto) di prendere decisioni autonome, se informati in maniera completa, obiettiva e indipen-

dente da interessi secondari, compresi quelli commerciali. Ma questo vuol dire trasferire potere decisionale dal pediatra ai genitori, e forse non tutti i pediatri sono disposti a farlo.

Bibliografia

1. Longo G, Panizon F. La dieta dei primi mesi e lo sviluppo dell'atopia. *Medico e Bambino* 2009; 28:162-7.
2. Panizon F. Cari genitori (editoriale). *Un Pediatra per Amico* 2009;9:3.
3. Panizon F. Dopo il latte piatto ricco. *Un Pediatra per Amico* 2009;9:9.
4. Poole JA, Barriga K, Leong DY, et al. Timing of initial exposure to cereal grains and the risk of wheat allergy. *Pediatrics* 2006;117: 2175-82.
5. Kull I, Bergstroem A, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Fish consumption during the first year of life and development of allergic diseases during childhood. *Allergy* 2006;61:1009-15.
6. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO motor development study: windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatr* 2006;Suppl 450:86-95.
7. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99-110.

Adriano Cattaneo
Epidemiologo, IRCCS "Burlo Garofolo"
Trieste

Ho letto l'articolo di G. Longo e F. Panizon sulla "dieta dei primi mesi e lo sviluppo dell'atopia" (*Medico e Bambino* 2009;28:162-7). La quale in verità non è il solo problema connesso all'alimentazione dei bambini in quel periodo.

Ammiro la prima frase delle conclusioni "che devono essere ancora provvisorie e prudenti" e, se non leggo male, dovrebbero riguardare solo i bambini a rischio (alto?) di atopia e non tutti. La conclusione del riassunto italiano (leggo sempre i riassunti per giudicare se devo leggere un articolo) non mi sembra invece molto prudente e neppure provvisoria: "se vuoi evitare che tuo figlio abbia un'allergia alimentare, fagli assumere gli alimenti considerati pericolosi prima dei sei mesi di vita". L'abstract inglese precisa che questo "prima" è il 4°-5° mese.

Dato che mi sembrava già culturalmente e praticamente sconfitto fra i pediatri (almeno fra quelli che leggono *M&B*) il mito di evitare alcuni alimenti ben oltre i 6 mesi, non si corre il rischio di essere confondenti? Mi pare che il ritorno ad abitudini dalle quali abbiamo faticato a distoglierci faccia affondare il concetto dell'alimentazione complementare a bambino "pronto" che mi sembrava una conquista. Come ha scritto F. Panizon: "Lasciate fare, non imponete; il bambino sceglierà bene se lo lasciate scegliere".

Giancarlo Biasini
Direttore di "Quaderni acp"

Chiedo se ci sono basi scientifiche a sostegno della presunta maturazione psico-enzimatico-motorio-attitudinale che si sostiene intervenga nel bambino mediamente intorno ai 6 mesi di vita.

In particolare, per la disponibilità di ogni bambino allo svezzamento spontaneo, non sarebbe meglio tenere in considerazione una distribuzione gaussiana?

Se la fisiologia prevede che un bambino possa stare seduto a 6 come a 9 mesi, camminare a 10 come a 18 mesi, mostrare il primo dentino a 6 come a 12 mesi, perché dovremmo pensare che tutti i bambini possano mangiare cose diverse dal latte, sempre e comunque dopo i 6 mesi di vita?

La questione è probabilmente culturalmente poco rilevante, e Giorgio Longo la liquida con "bene i sei mesi, ma niente di male se fosse anche prima, basta che non sia troppo dopo" (*Medico e Bambino* 2009; 28:395); diventa tuttavia importante dal punto di vista pratico, dal momento in cui i 6 mesi diventano un nuovo (arbitrario?) limite che i pediatri intendono imporre alla "gestione domestica" dell'alimentazione del lattante.

Dove nasce allora questa epoca fatidica dei 6 mesi? perché "lo dice l'OMS" e inoltre le meritorie pubblicazioni di Lucio Piermarini e Maurizio Iaia (che pure ci hanno "dato il coraggio" per liberarci da schemi astrusi)? Anche Rosario Cavallo (*M&B* già citato), più possibilista, di fatto sostiene l'allattamento materno come alimentazione esclusiva fino ai 6 mesi, sostenendo, a proposito dell'interesse del bambino verso il cibo, che il bambino manifesta "intenzione, non prima del sesto mese", per cui "talebani no", ma l'idea di nuovo che traspare fra le righe è che si faccia bene ad aspettare i 6 mesi, anche se questa rigidità difficilmente sta insieme al "processo fisiologico selezionato in milioni di anni" che il dott. Cavallo ricorda.

Se l'unica evidenza è che non ci sono evidenze che sconsigliano di "svezzare" prima dei 6 mesi, liberiamoci anche di questo ultimo tabù (com'era per "l'uovo a 12 mesi, il pesce non prima degli 8-9 mesi"), e correteremo il rischio di interferire meno con l'alimentazione dei nostri pazienti, e di avere qualche allergico in meno, insomma, come dice Federico Marchetti nel suo editoriale (*Medico e Bambino* 2009;28:347), rendendo "le persone più libere, consapevoli e forse con meno allergie".

Alberto Neri
Pediatra di famiglia, Cento (Ferrara)

Ho letto avidamente l'articolo "La dieta dei primi mesi e lo sviluppo dell'atopia" (*Medico e Bambino* 2009;28:162-7), di Giorgio Longo e Franco Panizon, convinto di trovarvi una ulteriore conferma alla validità

della proposta di lasciare al bambino la decisione di come iniziare l'esperienza con i cibi solidi. In effetti, vi ho ritrovato citata gran parte di quella letteratura che, nel corso degli anni, mi aveva dato la più completa tranquillità in merito all'opportunità di lasciare piena libertà ai bambini di sperimentare qualunque alimento fosse alla loro portata, ma mi sono trovato spiazzato sul quando, vedendo far l'occholino tra le righe un sostegno alla raccomandazione dell'*American Academy of Pediatrics* (AAP) di scegliere, come momento giusto per introdurre i cibi solidi, il quinto-sesto mese di vita. Ma quinto mese significa quattro mesi compiuti e nessun bambino è in grado di "autosvezzarsi" a quella età, e mamme e nonne continuerebbero a guastarsi la vita come prima, eccetera eccetera. Dalle stelle alle stalle e addio sogni di gloria! In più, il dubbio di poter far del male, in termini di tolleranza alimentare, non utilizzando questa obbligatoria finestra e aspettando fino ai sei-sette mesi i comodi del bambino, non è che mi lasciasse tanto tranquillo. Mi ha soccorso, *in articulo mortis*, la risposta data da Giorgio Longo, agli identici dubbi espressi da Rosario Cavallo, su *D&R* (*Medico e Bambino* 2009;28:395): "non fa probabilmente grande differenza iniziare lo svezzamento prima, o subito dopo i sei mesi, comunque appena il bambino si dimostra "pronto", senza violentarlo o forzarlo. Quindi bene i sei mesi, ma niente di male se fosse anche prima, basta che non sia troppo dopo".

Questo sì che si chiama parlar chiaro! Ma a quanti, tramite *D&R*, sarà arrivata questa conferma della bontà dell'alimentazione complementare a richiesta?

Ma da dove viene fuori, poi, questa finestra 3-6 dell'AAP? L'unico lavoro che avevo incontrato che ne parlasse con precisione era su *Pediatrics*, Poole et al., che ritrovo nella voce bibliografica 19 dell'articolo. Quando l'ho letto, non mi sembrava che meritasse un grande affidamento.

Intanto si occupa solo dell'allergia ai cereali; e trova, su 1819 bambini, solo 16 casi su cui fare conto, di cui solo 4 IgE-positivi. Nonostante ciò, e nonostante alcune limitazioni metodologiche (l'affidarsi alle dichiarazioni dei genitori), gli Autori concludono che esiste questa finestra di 4-6 mesi perché hanno trovato che nei 16 casi l'introduzione dei cereali era avvenuta nel 75% dopo 7 mesi compiuti (*sic!*), con un OR di 4,77 (IC 95% 1,33-17,09). Ma poi, se il cut-off lo hanno messo a sette mesi, il che vuol dire da sette mesi in poi, perché poi concludere per i sei mesi? Il periodo da sei a sette mesi fa una grande differenza in termini di numero di bambini che si autosvezzano e iniziano, quindi, il percorso di tolleranza alimentare. I miei dati, su centinaia di coppie madre-bambino seguite in consultorio dalla gravidanza allo svezzamento, sono sovrap-

ponibili a quelli di Rosario Cavallo. I segnali di "bambino pronto" si presentavano dai 5 agli 8 mesi nel 99% dei casi, con una distribuzione massima intorno al settimo mese, cioè da 6 a 7 mesi compiuti. Ed è stata proprio la constatazione di questa convergenza di varie linee di sviluppo del bambino che ci ha portato a osare un rovesciamento di prospettiva, affidando al bambino l'iniziativa.

Insomma, siamo tutti d'accordo, ma sarei più contento se riuscissimo a farlo sapere anche ai ciechi e ai sordi. Tanto che non succeda, per la gran fretta di centrare la finestra, che ci si ritrovi a precipitare dall'ultimo piano di un grattacielo.

Lucio Piermarini
Pediatra di comunità, Terni

Ringraziamo gli estensori delle quattro lettere per aver voluto riprendere la problematica dello svezzamento nel bambino a rischio atopico e darci così modo di ritornare sull'argomento con alcune doverose puntualizzazioni.

In primo luogo, come bene ha fatto a ricordarlo il prof. Biasini, va sottolineato che il tema affrontato nell'articolo in questione riguarda essenzialmente il bambino a rischio atopico, o forse più direttamente soltanto quello con dermatite atopica. Il bambino non atopico, quello normale, non ha infatti alcun motivo per non mantenere il latte materno esclusivo "fin che vuole", che significa, come afferma Piermarini, "quando questa decisione gli sarà dettata dai suoi bisogni nutrizionali e dal suo stadio di sviluppo" e, come è stato scritto, questo infrequentemente accade prima dei 6 mesi compiuti. Ma nel lattante a forte costituzione allergica, e in particolare in quello con eczema, questo dogma è messo oggi fortemente in crisi. In questo bambino infatti l'introduzione precoce dei cibi eterologhi (solidi o non solidi come il latte vaccino) potrebbe risultare fondamentale per evitare la sensibilizzazione allergica attraverso altre vie (nel soggetto con dermatite atopica prevalentemente quella percutanea).

Questa che è stata etichettata "the dual-allergen exposure hypothesis"¹ appare oggi ben più che un'ipotesi e sta cancellando quella che fino a ieri appariva come l'unica spiegazione eziopatogenetica possibile dell'allergia alimentare: che cioè la sensibilizzazione avvenisse attraverso l'esposizione orale (diretta o veicolata dal latte materno), con l'ovvia conseguenza che l'evitamento a oltranza degli alimenti (diete alla mamma in gravidanza e allattamento prima e al bambino dopo) fosse l'unico strumento idoneo per prevenirla². L'importanza di questo nuovo modo di vedere e immaginare la sensibilizzazione allergica ad alimenti rappresenta quindi una vera e propria "rivoluzione copernicana", come giustamente l'ha definita Federico Marchetti nel suo editoriale³: pensavamo che il sole girasse attorno alla terra...;

pensavamo che l'allergia alimentare fosse la causa prima della dermatite atopica e ora abbiamo capito, o solo iniziato a capire, che è esattamente il contrario. È la dermatite, con il suo difetto di barriera geneticamente determinato, che permette la sensibilizzazione allergica agli alimenti.

Succede che minime quantità di alimenti comuni, quelli presenti ogni giorno sulla tavola bandita, sulle mani o sulle labbra dei genitori, nella stessa polvere di casa o negli odori di cucina, siano in grado di depositarsi e passare la barriera cutanea del lattante con dermatite e attivare in loco la risposta Th2 con produzione di IgE specifiche. Per converso, se gli stessi alimenti vengono introdotti a dose piena attraverso la via orale (vengono, in altre parole, mangiati) si attiva nel GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) una risposta tollerogena del svante Th1 dell'immunità e dei linfociti T regolatori. Detto in due parole, come soltanto la lingua inglese permette: "The timing and balance of cutaneous and oral exposure determine whether a child will have allergy or tolerance"⁴.

Se così è, diventa facile comprendere come qualsiasi ritardo nell'introduzione di cibi eterologhi finisca per favorire la sensibilizzazione per altre vie. Il lavoro di Poole, citato da Piermarini e Cattaneo, è solo uno dei tasselli a sostegno di questa "rivoluzione culturale". Di fatto, tutti i tentativi mirati a prevenire con la dieta, in gravidanza e/o in allattamento e/o nei primi mesi di vita, le allergie IgE-mediate sono sostanzialmente falliti nel loro obiettivo^{5,6} e inoltre l'allergia alle arachidi è raddoppiata negli ultimi 10 anni nei Paesi che hanno voluto adottare una politica di prevenzione basata sulle diete di esclusione di questo alimento (sulla "avoidance")⁷. E che la precoce introduzione (orale) degli alimenti sia un fattore protettivo per le allergie IgE-mediate è ben dimostrato dal più recente studio prodotto da Gideon Lack e coll.⁸ (Dipartimento di Allergologia Pediatrica del St. Thomas' Hospital di Londra), che ha evidenziato come l'alto consumo di arachidi, a partire dal 4°-5° mese di vita e per tutto il primo anno, dei lattanti che vivono in Israele, risulti protettivo per l'allergia IgE-mediate alle arachidi, contrariamente a quanto succede ai connazionali ebrei che vivono in Inghilterra e che seguono le raccomandazioni della "avoidance" protratta, come da linee guida nazionali inglesi⁹. Accanto a questo, un altro lavoro che ci sembra debba essere ricordato a questo proposito è quello di Saarinen e Savilahti¹⁰, condotto in Finlandia già alcuni anni fa, ma che solo ora può essere valorizzato completamente nella sua rilevanza clinico-scientifica relativamente a questi aspetti. Gli Autori hanno seguito prospetticamente una coorte di più di 6000 bambini dalla nascita ai 7 mesi di vita, registrando rigorosamente per ognuno il tipo di latte (se materno o vac-

cino) e le relative quantità assunte. Questo con l'obiettivo di identificare se e in che modo l'alimentazione dei primi mesi possa condizionare lo sviluppo dell'allergia IgE-mediata al latte. A fine studio, all'età di 6-7 mesi (cioè all'età dello svezzamento), un'allergia al latte vaccino è stata riscontrata con challenge in 118 bambini e i fattori di rischio per la sensibilizzazione IgE-mediata sono stati il "long breast-feeding", maggiore o uguale a 7 mesi (OR 3,9), e l'uso occasionale di aggiunte (OR 5,7); mentre l'uso continuativo, o di quantità "piene", di latte vaccino ha prodotto un effetto protettivo.

Da questo capire e/o definire cosa significa, o quanto deve essere precoce, l'introduzione degli alimenti eterologhi è tutt'altro che scontato, anche perché non sono stati certo i vantaggi o gli svantaggi in chiave "allergologica" che hanno indotto la WHO a portare dai 4 ai 6 mesi la raccomandazione del latte materno esclusivo (per inciso, e anche per rispondere più direttamente alla domanda del dott. Neri, ricordiamo che le motivazioni erano principalmente di tipo infettivologico, per ridurre la morbilità e la mortalità nei Paesi in via di sviluppo).

Quello della "finestra della tolleranza" tra i 3-4 e i 6-7 mesi è un'ipotesi fatta da un gruppo di Autori australiani¹¹ che prendono in considerazione peraltro non soltanto le allergie IgE-mediate, ma tutte le patologie su base immunitaria o autoimmune, quali la celiachia e il diabete o l'enteropatia da APLV non IgE-mediata. Questo va sottolineato perché, se ragionassimo solo in chiave di allergia IgE-mediata, non esiste probabilmente un "troppo presto" e prima si inizia meglio è, anche se la formula viene assunta fin dal primo giorno di vita. Similmente allo studio finlandese di Saarinen e Savilahti¹⁰, un gruppo di Autori australiani, seguendo prospetticamente una coorte di 600 bambini con storia familiare di asma, ha evidenziato come l'introduzione dei cibi solidi dopo i tre mesi di vita (sic!) si associ a un aumentato rischio di atopìa a 5 anni, e questo anche dopo aver posto particolare attenzione a escludere il bias della "reverse causality"¹².

Infine, ricordiamo che per dare una risposta "definitiva" a questa domanda sono partiti in questi anni due studi che, in Inghilterra con le arachidi (LEAP Study: Learning Early About Peanuts) e in Australia con l'uovo, hanno l'obiettivo di verificare se l'introduzione precoce e continuativa di questi alimenti è realmente in grado di impedire la successiva sensibilizzazione allergica.

Rimane il fatto che oggi, e almeno nei Paesi ricchi e industrializzati, a fronte della scarsità di importanti motivazioni al rigoroso mantenimento del latte materno esclusivo fino ai sei mesi, alla luce di queste emergenti evidenze in chiave di allergie alimentari, e in considerazione della presa di posizione sul timing degli alimenti già a partire dai 4 mesi di vita di alcune importanti società scien-

tifiche (e non solo l'ESPGHAN), andrebbero riviste le posizioni troppo rigide a favore del latte materno esclusivo fino ai sei mesi e questo senza togliere però nulla al latte materno, anzi sfruttandone le proprietà tollerogeniche (in primis legati al Transforming Growth Factor beta - TGF-beta - e i polisaccaridi che favoriscono la flora bifidogena), raccomandando l'introduzione dei cibi eterologhi, senza distinzioni e senza ritardi, non in alternativa, ma associati al seno.

Le lettere di Piermarini e di Neri considerano solamente l'atteggiamento del bambino e la sua disponibilità ad autosvezzarsi. Giusto. Ma, restando ai fatti, ci sono pochi dubbi che nella maggioranza dei casi lo svezzamento inizi prima, per volontà, bisogni, necessità (lavoro) della madre. Non solo nel nostro mondo, ma anche, e più, nel mondo povero per bisogni (incomprimibili) della madre. Non prendere in considerazione questo stato delle cose è irrealistico (e magari anche sbagliato?).

In conclusione, come viene ben illustrato nel programma finlandese per la prevenzione delle malattie allergiche, ci troviamo oggi a dover ragionare con schemi mentali diversi: "... the proper development of tolerance

requires continuous exposure: avoidance can even be deleterious and prevent the development of normal regulatory mechanism".

Bibliografia

1. Lack G. Epidemiologic risks for food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121:1331-6.
2. American College of Allergy, Asthma & Immunology. Food allergy: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;96:S1-S68.
3. Marchetti F. La rivoluzione copernicana possibile per il pediatra: la dieta non previene le allergie. *Medico e Bambino* 2009;28:347-8.
4. von Hertzen LC, Savolainen J, Hannuksela M, et al. Scientific rationale for the Finnish Allergy Programme 2008-2018: emphasis on prevention and endorsing tolerance. *Allergy* 2009;64:678-701.
5. Zeiger RS, Heller S. The development and prediction of atopy in high-risk children: follow-up at age seven years in a prospective randomized study of combined maternal and infant food allergen avoidance. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:1179-90.
6. Host A, Haikens S, Muraro A, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19:1-4.

7. Hourihane JO, Aiken R, Briggs R, et al. The impact of government advice to pregnant mothers regarding peanut avoidance on the prevalence of peanut allergy in United Kingdom children at school entry. *J Allergy Clin Immunol* 2007;119:1197-202.
8. Lack G, Fox D, Northstone K, Golding G; Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Factors associated with the development of peanut allergy in childhood. *N Engl J Med* 2003;348:977-85.
9. Du Toit G, Katz Y, Sasieni P, et al. Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:984-91.
10. Saarinen KM, Savilahti E. Infant feeding patterns affect the subsequent immunological features in cow's milk allergy. *Clin Exp Allergy* 2000;30:400-6.
11. Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19: 375-80.
12. Mihrshahi S, Ampon R, Webb K, et al.; CAPS Team. The association between infant feeding practices and subsequent atopy among children with a family history of asthma. *Clin Exp Allergy* 2007;37:671-9.

Giorgio Longo, Franco Panizon

L'INIZIO DELLA VITA E LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO

Ho provato molta gioia nel leggere la breve, eppur bellissima, lettera di Alberti pubblicata su *Medico e Bambino* (2009;28: 288) col titolo "La pillola del giorno dopo"; gioia nel risentire verità scientifiche "prime" come quelle che il collega ricorda: "quando l'ovulo è fecondato comincia lo sviluppo dell'embrione... e l'annidamento in utero è necessario per garantire la continuità della gravidanza ma non introduce alcun elemento nuovo".

A queste verità semplici, irrefutabili, e fondanti la biologia demmo l'assenso da studenti e conseguentemente, all'inizio della nostra avventura professionale, prestammo giuramento di rispetto, di tutela nei confronti dell'essere umano sin dal suo principio: ci pronunciammo in difesa dello zigote, della blastocisti, del pre-embrione, sì, anche prima e indipendentemente dal suo essersi annidato nell'utero; noi non prestammo giuramento "alla gravidanza", ma all'essere concepito, biologicamente e sorprendentemente uno di noi, eppure diverso da ognuno di noi e anche dalla madre e dal padre, e dotato oltretutto di una programmazione irresistibile e autonoma: un altro da noi nei confronti del quale ammirazione e tutela appaiono gli unici comportamenti adeguati.

Le legittimazioni giuridiche e istituzionali che Castelli, ineccepibilmente, ribadisce, sicuramente ci garantiscono dal punto di vista legale riguardo alla prescrizione della pillola del giorno dopo; ma esse si basano - francamente - sul "postulato" che vita umana degna di essere... abortita sia solo quella a partire dall'annidamento: che prima dell'annidamento non ci sia vita umana. Certo tali pronunciamenti, anche autorevoli, non hanno le caratteristiche di verità chiare e inconfutabili come quelle citate da Alberti, per le quali solo potremmo impegnare la nostra persona.

Proprio la Legge 194 sancisce, nel suo articolo 1, che lo Stato tutela la vita umana (non - dice - la gravidanza) dal suo inizio, e non capisco perché non si conceda ai medici obiettori di appellarsi espressamente a tale legge per negare l'assenso alla prescrizione di un farmaco, come il levonorgestrel, del quale lo stesso foglietto illustrativo afferma i possibili effetti anti-nidatori.

La convinzione di avere obblighi morali anche nei confronti dell'eventuale concepito è - secondo me - la principale ragione che induce, per precauzione, molti medici a non prescrivere il levonorgestrel; questo motivo tuttavia non appare nel box di Elena Barbaro e dei colleghi autori dell'artico-

lo "La pillola del giorno dopo" (*Medico e Bambino* 2009;28:113-7).

E infine... ringrazio l'impareggiabile, indimenticabile Rivista, che leggo e colleziono fin dal primo numero, e alla quale molto debbo professionalmente!

Luigi Antonio Boer
Pediatra ospedaliero, Verona

È vero, come afferma il dott. Castelli, che l'inizio della gravidanza non è più fatto coincidere con l'inizio della vita del figlio. Questa modificazione della terminologia si è resa opportuna per il diffondersi delle pratiche di fecondazione assistita: l'embrione in provetta esiste, ma la donna non può essere definita "in gravidanza" prima che sia impiantato in utero.

Ciò non sposta però i termini del problema etico: la contrarietà alle pratiche abortive non deriva dal fatto che interrompono la gravidanza, ma dal fatto che, interrompendo la gravidanza, interrompono la vita del figlio. E con la pillola del giorno dopo la vita del figlio viene interrotta, che noi usiamo o no la parola "aborto".

Di fronte a questa evidenza possiamo accettare di non pensarla allo stesso modo,

ma non dobbiamo nasconderci dietro le parole: nessuno può onestamente negare che in quella tuba (o in quella provetta) sia già in corso l'esistenza di un essere umano.

Le due posizioni che si confrontano sono invece:

1. Quella di attribuire un valore in sé a ogni essere umano;
2. Quella di far dipendere il valore di un essere umano dal raggiungimento di determinate prerogative.

Ne derivano due differenti antropologie, con implicazioni culturali, sociali e politiche che vanno ben oltre la faccenda della pillola del giorno dopo. Queste implicazioni non sono sempre evidenti, ma probabilmente tutti ne siamo sotteraneamente

consapevoli, perciò è inevitabile (e forse giusto) che il confronto sia aspro: ma non deve mai essere fraudolento.

Antonio Meo
Pediatra ambulatoriale, Rovigo

Mah, io personalmente credo di ricordare di aver prestato un giuramento più semplice, di curare il prossimo mio, di non avvelenarlo e di non fargli del male.

Non trovo, lo dico al dott. Meo, che il confronto dialettico debba necessariamente essere aspro. Si tratta di uno di quegli argomenti in cui ciascuno, quasi necessariamente, resta legato alla sua, pregiudiziale (in senso buono), verità.

Questo discorso, su quando comincia la vita, è troppo complicato, e non solo per Medico e Bambino, ma anche per il pediatra, semplice, e anche per il neonatologo. In ogni modo, credo di poter dire che, se la legge da una parte consente l'uso della pillola e dall'altra consente a un medico di essere obiettore anche per la pillola del giorno dopo, l'organizzazione sanitaria dello Stato dovrebbe anche assicurare la presenza e la disponibilità di un altro medico - non obiettore - per firmare la stessa ricetta. Una partita di giro simbolicamente significativa ma praticamente, necessariamente, doverosamente, inconsistente.

Franco Panizon

Ferrocarenza e malnutrizione

Siamo due "aspiranti" specializzande, sosepe nel limbo di chi vive in ospedale senza esistervi ufficialmente; ma perché non approfittarne cogliendo e offrendo spunti di riflessione? Dati recenti dell'OMS stimano che un quarto della popolazione mondiale sia affetto da anemia¹ e il 20-25% di quella infantile da ferrocarenza/anemia sideropenica². In Pakistan la prevalenza di anemia in età prescolare è del 50-67%.

Nel nostro DH oncematologico da gennaio a oggi abbiamo visitato 100 pazienti. Quattro, tra 2,5 e 4 anni, erano di origine pakistana ed erano stati inviati dal curante per il persistere di disturbi gastrointestinali (vomito, disfagia e stipsi ostinata) e scarso accrescimento.

Il quadro ematologico è risultato simile: una severa anemia sideropenica con Hb 6,3 e 7,4 g/dl e ferritina 2 e 8 ng/dl in due casi e scarsi depositi marziali (ferritina 5 e 11 ng/dl) in assenza di anemia nei rimanenti. Tutti presentavano microcitemia (range MCV 54-71) e negatività agli screening per celiachia. A emergere immediatamente dall'anamnesi alimentare è stata una dieta prevalentemente vegetariana, con scarso apporto di proteine animali ed esclusiva assunzione di latte vaccino nel pasto serale. Alle famiglie, accanto alla terapia marziale, abbiamo fornito indicazioni per una corretta educazione alimentare. Apparentemente tutto semplice; in realtà la scarsa compliance ha seriamente limitato l'efficacia dei nostri provvedimenti.

La morbilità e gli importanti effetti collaterali della ferrocarenza su accrescimento e sviluppo psicomotorio hanno condotto a interventi di prevenzione a livello popolazioneistico, per esempio in Canada, programmi basati su diversificazione dietetica e integrazione alimentare di ferro e nutrienti essenziali³. Da noi si è lontani dall'attuazione di politiche sanitarie così coinvolgenti. Ri-

mane però il ruolo del medico di famiglia, che non può prescindere da un'anamnesi nutrizionale, sempre ma specialmente per i figli di immigrati, che si portano dietro, spesso, oltre alla povertà, abitudini dietetiche e di vita peculiari e inadeguate.

Bibliografia

1. Benoist B, McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D. Wf anaemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.
2. Peirano PD, Algarin CR, Chamorro R, et al. Sleep and neurofunctions through child development: lasting effects of early iron deficiency. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48:S8-S15.
3. Huma N, Salim-Ur-Rehman, Anjum FM, Murtaza MA, Sheikh MA. Food fortification strategy-preventing iron deficiency Anemia: a review. Crit Rev Food Sci Nutr 2007;47:259-65.

Vanna Graziani, Elena Fabbri
Medicina Clinica e Sperimentale
Sezione di Pediatria, Università di Ferrara

Brave le pre-specializzande! In verità l'anemia sideropenica è presente (non a quei livelli, certo) non solo tra gli immigrati, ma anche tra i più benestanti della popolazione nostrana (vegetariani, salutisti, e anche gente normale); e viceversa il sovrappeso è presente, ahimè, anche tra i figli di immigrati.

Fare l'emocromo a tutti non è ragionevole. Guardare la mucosa è completamente ingannevole. Dare alimenti "rinforzati"? È la politica seguita con successo in alcuni Stati avanzati. Ma il nostro Stato (e le nostre Regioni) non sembra nemmeno culturalmente, oltre che politicamente, in grado di fare delle politiche sanitarie degne di questo nome. Ma fare un'anamnesi alimentare e integrare con ferro farmacologico una dieta carente non pare difficile.

Franco Panizon

ADDIO A TERESA STRADA

Teresa Sarti, Teresa Strada, la moglie di Gino, quello di Emergency, è morta, per un cancro del pancreas. Non è un annuncio: la notizia ha già da tempo fatto il suo giro, come era giusto, sui giornali, in televisione, su internet.



È un saluto. Teresa Strada era una persona speciale, l'anima domestica di Emergency. Se Gino era in uno dei suoi ospedali, oppure in giro per il mondo, a far conoscere il suo movimento (perché Emergency è qualcosa di più che una ONG, qualcosa di più di una rete professionale di soccorso medico per le popolazioni più esposte, alla guerra, alle mine, alla povertà; è un movimento popolare per la pace con migliaia di aderenti) Teresa era a Milano, nel cuore efficientissimo dell'organizzazione, a farla girare con ritmo perfetto; sempre presente, sempre Signora, sempre dolce. E da sempre malata, anche da prima del cancro, senza che nessuno potesse accorgersene.

In una vignetta di Vauro, che gira su internet, un bambino domanda al suo papà: "Babbo, ma tu l'hai mai vista la pace?" E il papà: "Sì, era bella, forte, e aveva una splendida chioma di capelli rossi". Teresa, addio.

Franco Passalacqua e Franco Panizon