

EUROPA, EUROPA

La Francia ha detto di no. Ma l'Europa continua a esistere, anche se la salita si è fatta più dura. L'Europa Unita ha una sua Commissione per la ricerca, e il commissario è l'ex ministro sloveno per gli Affari Europei, Janez Potočnik; un economista che, da economista, si è dato il compito di aumentare l'impegno economico dell'Europa per la ricerca, con lo scopo di renderla "competitiva".

La storia è vecchia e molte volte ripetuta: l'Europa spende in ricerca meno del 2% del suo PIL, gli Stati Uniti quasi il 3%, il Giappone più del 3%. L'Italia, non c'è bisogno di dirlo, spende meno della metà della media europea, e la sua mancanza di competitività industriale ne è un segno. Ma non solo quella, diciamo, anche la stagnazione dell'Università, la stagnazione del pensiero scientifico, la stessa miserabilità della vita intellettuale-televisiva ne sono lo specchio. Non ha mostrato, l'Italia, né con i governi di centro, né con quelli di sinistra, né, meno che meno, con i governi di destra, di voler cambiare vocazione. Lo Stato risparmia dove può (e spende dove gli sembra che gli convenga, non allo Stato, ma agli "statisti"), le industrie attendono che lo Stato investa su di loro e la ricerca arranca.

L'Unione Europea, per l'Italia, può voler dire anche questo: non sottrarsi ai suoi ruoli, ai suoi ruoli possibili.

Far parte di una squadra vuol dire essere coinvolti in un gioco di squadra: esserne trasportati ed esserne motori. È con la speranza di una spinta, di un coinvolgimento di questo tipo, e con l'idea di far parte di una squadra virtuosa che molti di noi hanno identificato l'idea di Europa Unita.

Nessuno Stato, naturalmente, sarà costretto a impegnare nella ricerca, ma ci saranno un Consiglio Europeo delle Ricerche e una politica della ricerca, e il finanziamento potrà premiare le ricerche più ricche di prospettive (per tutti) con una utile concorrenzialità internazionale.

E nessuna industria sarà costretta a mettere danaro nella ricerca: ma la creazione di aree di ricerca o piattaforme tecnologiche, gli incentivi fiscali, un "mercato europeo della ricerca", con il suo "European researcher's mobility portal", dovrebbero (al di là dei "naturali" bisogni della "naturale" concorrenza) spingere l'industria, anche quella italiana, a mettersi al passo e a investire; inoltre ad allargare lo spazio, oggi da noi così angusto, per i giovani ricercatori impegnati.

Forse torneremo a essere competitivi. Ma, in realtà, non è solo questo quello che vogliamo. Competere, competere, competere: che vuol dire vincere, o almeno non perdere; e questo comporta che ci saranno comunque degli altri che "perdono". Chi poi? Quelli che già stanno perdendo adesso, i Paesi poveri, che saranno sempre i più poveri. Forse, anzi certo, la competizione è l'anima del commercio. Non è altrettanto ovvio che sia anche la sola, la vera anima del progresso: e anzi l'uomo forse ormai deve pensare a un progresso non basato sulla competizione, a un progresso più generoso, a un progresso fatto "non solo per sé", ma per l'uomo. Che poi, alla fine, sarebbe un progresso dello spirito.

E questo, forse, anche un economista lo può intendere.

Medico e Bambino

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE DI MASSA IN ETÀ PEDIATRICA: SÌ, NO, CHI DECIDE?

La stagione influenzale 2005 si è conclusa (con i suoi soliti allarmi e carichi assistenziali) e *Medico e Bambino* si interessa nuovamente della vaccinazione antinfluenzale, oggetto di dibattiti e controversie che ogni anno riguardano le riviste scientifiche e i mass media.

Cosa rende questo tema così interessante? *Primo*: le linee guida nazionali e internazionali sulla vaccinazione sono contraddittorie e vaghe. Quelle che indicano la vaccinazione identificano come popolazione target i bambini sani fra i 6 e i 24 mesi "laddove le risorse lo consentano e dove sia fattibile e opportuno". *Secondo*: si tratta di una vaccinazione che va ripetuta annualmente, che protegge da una malattia generalmente a decorso benigno nei bambini sani e che non protegge invece da altre virosi molto frequenti in età pediatrica e clinicamente indistinguibili dall'influenza. *Terzo*: si prevede un serio problema di sovraffollamento del calendario vaccinale: come e dove inserire questa ennesima vaccinazione in un calendario che per i primi due anni di vita del bambino prevede già 4 vaccinazioni obbligatorie più almeno 5 fortemente raccomandate? In ultimo, ma fondamentale, l'efficacia di questa vaccinazione in età pediatrica è ancora poco studiata.

Già l'anno passato questa rivista aveva pubblicato una revisione narrativa sull'efficacia della vaccinazione antinfluenzale in età pediatrica¹, le cui conclusioni invitavano a non iniziare una politica di vaccinazione di massa in età pediatrica prima di avere dati che dimostrassero l'efficacia, l'assenza di effetti collaterali, la convenienza (sia per il sistema sanitario che per le famiglie e i bambini) e, in ultimo, la fattibilità-sostenibilità di tale politica. Queste considerazioni, discusse già da anni nella letteratura internazionale^{2,3} e nazionale^{4,5}, riemergono periodicamente, ma nonostante i dubbi permangano, si moltiplicano inspiegabilmente le chiamate a estendere la vaccinazione anche al di fuori delle popolazioni a rischio^{6,7}.

Una recente revisione sistematica⁸ ha dimostrato che l'efficacia (riduzione dei casi identificati in laboratorio sulla base della sierologia) del vaccino inattivato è del 65%, e nei bambini al di sotto dei due anni (per i quali la vaccinazione sarebbe consigliata) non differisce dal placebo. L'effettività (riduzione dei casi clinicamente evidenti) del vaccino è, come spesso accade, più bassa, pari al 28% nei bambini sopra i due anni (cioè ogni 100 vaccinati si hanno 28 episodi influenzali in meno rispetto ai non vaccinati), mentre mancano dati per i bambini con meno di due anni. Mancano inoltre studi attendibili per valutare l'efficacia del vaccino rispetto ai ricoveri, la mortalità, le complicanze e la trasmissione comunitaria dell'influenza. La revisione conclude riaffermando la necessità di studi ben fatti, sia per valutare l'efficacia in età pediatrica della vaccinazione che per identificare eventuali effetti collaterali rari. È solo sulla base di queste informazioni che si può decidere se introdurre la vaccinazione o no; al momento queste informazioni mancano.

L'articolo di Arigliani e collaboratori, presentato in sintesi a pag. 329 (full text: www.medicoebambino.com), pur fornendo alcuni spunti di riflessione interessanti, non contri-

Editoriali

buisce a ridurre queste lacune informative. Gli Autori si propongono infatti di valutare l'accettabilità della vaccinazione offerta dai pediatri di famiglia agli "attenders" (chi telefonava o accedeva spontaneamente all'ambulatorio pediatrico) e di studiare l'efficacia della vaccinazione stessa. La metodologia seguita nella ricerca è però adatta a studiare solo l'accettabilità della vaccinazione ma non l'efficacia della stessa. Rispetto all'accettabilità della vaccinazione gli Autori forniscono dei dati interessanti: riescono infatti a vaccinare il 65,5% della popolazione degli "attenders", a cui la vaccinazione era stata offerta. Nonostante questo la strategia scelta si dimostra largamente insufficiente a raggiungere la popolazione target: si vaccinano, infatti, meno del 30% dei bambini fra 6 e 24 mesi. Questo ribadisce il già noto principio che la gestione, distribuzione e offerta delle vaccinazioni e sorveglianza delle coperture vaccinali devono essere gestite e concordate secondo politiche condivise e omogeneamente applicate sul territorio nazionale, e che una gestione personalistica, dove ogni azienda, o ogni pediatra, segue una sua strategia, non può che portare a un uso improprio e inefficiente delle risorse, e a un'assistenza di scarsa qualità^{4,9}.

Per quanto riguarda invece la sorveglianza dei casi di sindrome influenzale lo studio presenta alcuni problemi metodologici che vengono solo parzialmente discussi dagli Autori. L'identificazione dei casi di sindrome influenzale è inadeguata:

1. i risultati mostrano un'incidenza più bassa dei casi di sindrome influenzale e di complicanze sia rispetto al dato nazionale che a quello regionale (66/1000 nello studio contro 121/1000 della Campania);
2. i casi di vera influenza potrebbero essere ancora meno numerosi, visto che vengono definiti solo su base clinica, senza conferma laboratoristica.

Gli stessi Autori dichiarano che probabilmente non tutti i casi visti sono stati registrati a causa dell'onere di lavoro che è rappresentato dalla registrazione degli stessi su scheda informatizzata (modalità seguita in questo studio) e che potrebbero essere sfuggiti alla registrazione quei bambini ai quali non è stata prescritta terapia con farmaci di fascia A. Il software utilizzato dai pediatri per la sorveglianza dell'influenza, infatti, era collegato a quello per la prescrizione dei farmaci con ricetta; se non si prescriveva, non c'era l'obbligo di usare il computer e quindi il caso poteva sfuggire.

Tutti questi punti indicano che i dati sulla sorveglianza dei casi di influenza e delle complicanze non sono attendibili, anche se sono in linea con i dati della letteratura (confermano cioè la scarsa efficacia della vaccinazione). C'è infatti un evidente rischio di distorsione dell'effetto a causa della probabile sottoregistrazione dei casi di influenza per i quali non venivano prescritti i farmaci.

Per quanto riguarda i dati sull'utilizzo dei farmaci, gli Autori riferiscono che per i 956 episodi di sindrome influenzale registrati (di cui 270 casi complicati, per la maggior parte otiti medie ed episodi di bronchite asmatica) sono stati prescritti farmaci di fascia A per una spesa complessiva di quasi 10 mila euro; non dicono però quante prescri-

zioni sono state fatte, rendendo difficile interpretare il dato. Interessante notare che i due terzi della spesa per farmaci di fascia A riguardava casi di influenza non complicata. Non è chiaro se sono stati prescritti altri farmaci oltre agli antibiotici (cortisonici e broncodilatatori per gli 89 casi di asma?), oppure se l'intera spesa si riferisca alle prescrizioni di antibiotici. L'utilizzo del software avrebbe potuto facilitare una più completa raccolta e analisi di questi interessanti dati. L'utilizzo di farmaci spesso inappropriato (in particolare antibiotici) nella gestione della sindrome influenzale non complicata richiama le dinamiche relazionali e di contesto che stanno dietro al "momento prescrittivo", e a riguardo si rimanda alla lettura dei dati del Progetto ARNO pubblicati su questo numero di *Medico e Bambino* (pag. 305) e al commento implicativo che ne deriva (pag. 312).

Come ultima riflessione sembra giusto riaffermare la necessità che la salute pubblica sia gestita alla luce delle migliori conoscenze disponibili, con lo scopo di offrire, sulla base di criteri di equità e di efficacia, i mezzi per vivere in salute e per meglio curare le patologie una volta che queste si siano verificate. Bisogna ricordare inoltre che in campo pediatrico sono poche le aree di vero interesse economico per le industrie: le prescrizioni di farmaci sono infatti relativamente poche, visto il generale buono stato di salute, per fortuna, dei nostri bambini. Uno dei pochi campi di interesse insieme all'alimentazione per l'infanzia e ai sostituti del latte materno è proprio quello delle vaccinazioni: tutti i bambini si vaccinano, infatti, così come tutti i bambini mangiano, mentre pochi appunto si ammalano: questo va tenuto presente per essere pronti a evidenziare eventuali pressioni. Come mai si parla tanto di vaccinare contro l'influenza (e lo pneumococco, e la varicella, e il meningococco) e non si conducono invece buoni studi per decidere se, come e chi vaccinare? È possibile che siano in atto pressioni e conflitti d'interesse? È importante vigilare affinché l'agenda degli interventi di salute pubblica non venga dettata da questi interessi.

Simona Di Mario, CeVEAS, Modena

Bibliografia

1. Di Mario S, et al. Vaccinazione antinfluenzale di massa in età pediatrica: quali evidenze abbiamo? *Medico e Bambino* 2004;23:38-46.
2. McIntosh K, Lieu T. Is it time to give influenza vaccine to healthy infants? *N Engl J Med* 2000;342:275-6.
3. Buck ML. Current recommendations for influenza vaccination in children. *Medscape* <http://www.medscape.com/viewarticle/487760>.
4. Panizon F. Comprendere per vaccinare. *Medico e Bambino* 2002;6:347-8.
5. Marchetti F. La prevenzione per il singolo: alla ricerca di evidenze discutibili (o che non ci sono). *Medico e Bambino* 2005;1:7-8.
6. Dyer O. Children have been neglected in flu prevention strategy. *BMJ* 2003;327:1365.
7. Principi N, Esposito S. Are we ready for universal influenza vaccination in paediatrics? *Lancet Infect Dis* 2004;4(2):75-83.
8. Jefferson T, et al. Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccines in healthy children: systematic review. *Lancet* 2005;365:773-80.
9. Grandori L. Influenza, varicella, pneumococco, diritti e improvvisazione. *Quaderni acp* 2004;11:153.