

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.

Vaccino pneumococcico

Il commento dei colleghi Bona e Guidi in coda al mio articolo sulla malattia pneumococcica dello scorso numero¹ ne mette radicalmente in discussione tutta la struttura e pertanto mi sollecita alcune precisazioni. Lo scopo del mio articolo era quello di stimolare una riflessione su un argomento che riguarda tutti i bambini, ma che è stranamente poco dibattuto tra noi pediatri. Prima di tutto, quindi, ringrazio i colleghi che, pur da un punto di vista dialettico rispetto al mio, hanno colto l'invito, ma nel pieno rispetto della loro opinione sento di dover dare il giusto rilievo all'oggettività dei numeri:

- La malattia pneumococcica invasiva (MPI) dovuta a ceppi non vaccinali era 51% prima della vaccinazione ed è diventata 70% dopo la vaccinazione; non mi sembra un aumento lieve e mi sembra invece che, se i ceppi non vaccinali causano il 70% (84% in Francia) delle MPI, ci siano buoni motivi per dire che l'effetto della vaccinazione risulta vanificato. Nel mio articolo dico chiaramente che questo *replacement* non è dovuto solo al vaccino, ma invito a prenderne atto come di un fatto esistente che condiziona gli effetti del vaccino. Negli anni dell'introduzione del vaccino, quando si prospettava il *replacement* come uno dei fattori da considerare nella valutazione del vaccino², fior di esperti ne negavano fortemente la possibilità.

- Ho preso esplicitamente in considerazione l'ipotesi di sottonotifica per la sorveglianza delle MPI (dovuta alla partecipazione volontaria e alla definizione di caso), ma proprio l'esempio di Firenze dimostra che, limitatamente alle MPI gravi, tale fenomeno è molto limitato (*vedi* testo dell'articolo¹). Il grande aumento di incidenza riscontrato tra metodica molecolare e colturale applicata agli stessi campioni non si accompagna ad aumento di incidenza dei casi ad alto rischio, ma è dovuto solo a casi a rischio biologico medio-basso; vuol dire che sono stati esaminati anche bambini che avevano una condizione clinica non ad alto rischio; se per assurdo applicassimo una ricerca molecolare alle migliaia di polmoniti curate ambulatorialmente o nei piccoli ospedali, ovviamente riscontreremmo incidenze enormemente più alte, visto che lo pneumococco è uno dei più frequenti patogeni respiratori. La mia opinione resta però che questo sia irrilevante ai fini della vaccinazione universale.

Forse *flop* non è una bella parola, me ne scuso. Resta però la mancata riduzione delle meningiti, anche nei Paesi con alto tasso di vaccinazione (Olanda, Regioni italiane che hanno introdotto precocemente il vaccino, Liguria). Parlando della ricerca ligure, i colleghi ripropongono la tesi di una riduzione percentuale delle malattie non invasive (ma ho già evidenziato quanto questa sia invece numericamente irrilevante) e una riduzione del 50% delle malattie invasive confermate laboratoristicamente. Il disegno dello studio si proponeva di valutare le ospedalizzazioni per meningite e sepsi; dato che queste aumentavano *post hoc*, è stata cambiata la valutazione; non occorre essere esperti di statistica per riconoscere in questo operato il più classico bias; e quali sono queste malattie invasive che non hanno necessitato di ricovero? Temo di conoscere la risposta: quelle malattie clinicamente non gravi che tanta confusione creano nella valutazione del peso della malattia (*vedi* quanto detto sull'esperienza di Firenze).

- Che il PCV7 sia stato un vaccino efficace per gli USA l'ho detto anch'io: il problema è che abbiamo accettato acriticamente la loro proposta spendendo un mucchio di denaro e impegnando enormi risorse per ottenere il risultato che abbiamo visto senza prima fare le dovute verifiche.

- La riduzione dei ceppi tipizzati sul totale dei ceppi pervenuti all'Istituto Superiore di Sanità è deprecabile, ma non interviene a spiegare la riduzione della responsabilità causale dei ceppi vaccinali perché questi non sono valutati sul totale degli eventi ma solo rispetto agli eventi effettivamente tipizzati.

- Il quinto comma a pag. 33 del PNV 2005-'07 dice chiaramente che l'81% delle sepsi sotto i 2 anni e l'80% delle meningiti erano causati da ceppi vaccinali PCV7, senza ovviamente fare riferimento alla copertura, come riportato nell'articolo.

Bibliografia

1. Cavallo R. La malattia pneumococcica tra vecchi e nuovi vaccini. *Medico e Bambino* 2010;29:636-43.
2. Cavallo R. Figli di un dio minore. *Medico e Bambino* 2005;24:31-5.

Rosario Cavallo
Pediatria di famiglia, Salice Salentino
(Lecce)

Quando ero piccolo, a Milano si diceva: "i fat in fat, le bal sun bal"; o qualcosa di simile. I fat sono le meningiti e le bal sono le malattie invasive senza meningite, che malattie non sono, invasive sono fino a un certo punto e sono state non inventate, ma strumentalizzate da una propaganda non priva di interessi; e che da anni ci vengono riproposte, malgrado la loro evidenza di inutilità. Resta tuttavia curioso il mal comprensibile flop italiano che merita comunque, oltre a questo nome, la ricerca di spiegazione, dunque di discussione, oltre che di onesta e necessaria riflessione. Per questo motivo, e niente affatto per minimizzare il Suo importante e limpido contributo, abbiamo chiesto al prof. Bona il suo gradito commento. Speriamo che anche altri ne seguano.

Franco Panizon

Lo sviluppo del gusto

Caro dott. Gasparini,
nel suo editoriale, relativo all'articolo sul gusto¹, si chiedeva quale potesse essere la percentuale di bambini che si svezzavano con "estrema facilità", e ipotizzava alcune cifre derivandole dalla distribuzione dei *taster* per il gene TAS2R38, cioè per la sensibilità all'amaro, e concludendo che nel lattante, forse, *de gustibus*, biologia e genetica dettano legge. Mi è subito venuto da pensare che questa possibilità le fosse stata surrettiziamente ispirata dalla quotidiana esperienza, che tutti abbiamo avuto, di una scontata problematicità nell'avvio e nel mantenimento dello svezzamento, e che non fosse a conoscenza di una modalità diversa di introduzione dei cibi solidi (alimentazione complementare a richiesta)² che da diversi anni un folto gruppo di pediatri, sparsi per tutta la penisola, sta praticando con un elevatissimo grado di accettazione e soddisfazione da parte di bambini e mamme. In concreto, aspettando la richiesta attiva da parte del bambino del cibo presente sulla tavola dei genitori, comportamento che si realizza al 90% in un range d'età che va dai cinque ai sette mesi compiuti, accade l'inimmaginabile, e cioè che i bambini gradiscono qualsiasi tipo di cibo e continuano a chiederlo^{3,4}. All'anno di vita il 90% dei bambini non rifiuta alcuna dei cibi della famiglia e non riceve alcuna pressione da parte dei genitori, e il 10% di insuccessi dipende più dai dubbi dei geni-

tori e che non dall'atteggiamento del bambino (dati personali non pubblicati). Come sempre ci ripetiamo, evidentemente, e fortunatamente, l'influenza dell'ambiente può molto, e noi pediatri molto possiamo fare per influenzarlo positivamente.

Bibliografia

1. Greco L, Morini G. Lo sviluppo del gusto nel bambino. Spunti conoscitivi rilevanti per la pratica dello svezzamento e in generale delle scelte nutrizionali per il bambino. *Medico e Bambino* 2010;29:509-13.
2. Piermarini L. Alimentazione complementare a richiesta. *Medico e Bambino* 2006;25:241-5.
3. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr* 2011;7:27-33.
4. Rapley G. Baby-led Weaning in Maternal and Infant Nutrition and Nurture: Controversies and Challenges. London: Quay Books, 2006.

Lucio Piermarini
Pediatra di comunità, Terni

Frustrazione e dipendenza o empowerment

Leggendo le lettere di dicembre ci è venuta in mente una considerazione che le accomuna. Un anno fa, quando abbiamo inviato l'articolo "Valutazione di fattibilità di progetti di formazione dei pediatri per la prevenzione e la cura dell'obesità", pubblicato a ottobre 2010¹, non avevamo ancora risultati della formazione. I revisori, giustamente, ci chiedevano il BMI dei bambini trattati dagli stagisti. Raccogliere i dati, però, è una fatica che non si può pretendere da nessuno. Alla prima revisione, però, un pediatra di Lecce ne aveva inviati alcuni; ora sono già tre i pediatri e due le dietiste formate nel 2008 che ci hanno inviato i risultati su più di 300 bambini e altri ce li hanno promessi a breve.

Questi i numeri che stiamo elaborando: due PdF trattando 146 bambini di $6,5 \pm 3$ aa con BMI z-score medio 2, dopo 2 aa hanno registrato un calo dello z-score di $0,2 \pm 0,5$; un pediatra ospedaliero trattando 79 bambini di $11,5 \pm 2$ aa, e due dietiste trattando 76 bambini di $12,5 \pm 3$ aa, tutti con BMI z-score medio 2, dopo 1 aa registrano un calo di 0,3.

Per maturare un atteggiamento terapeutico nuovo nei confronti della patologia cronica, e in particolare dell'obesità, occorre

tempo; per iniziare ad educare le famiglie e valutare l'esito del percorso altro tempo. Oggi quasi tutti gli stagisti, che per loro storia professionale hanno potuto farlo, hanno sperimentato il nostro progetto adattandolo alla loro realtà: l'educazione è un fatto unico e personale e in nessuna disciplina esistono due educatori uguali.

Accanto ai numeri essi hanno percepito il proprio cambiamento: il ridimensionamento della suggestione mediatica di infinite serie di diete più o meno assurde, la presa di coscienza di un problema di salute molto serio, che evolvendo peggiora la salute², ma soprattutto la qualità della vita, che diventa simile a quella dei bambini oncologici³. Perché non riappropriarsi del ruolo di educatori, oltre a quello di esperti professionisti? Perché non spingere le famiglie verso l'autogestione consapevole con un percorso di educazione terapeutica senza diete restrittive come quello da noi proposto?

Per tutti la scelta fra autonomia e dipendenza è difficile: tutti i genitori hanno paura di sbagliare! È, quindi, più facile delegare la soluzione di un problema come l'obesità alla prescrizione magari di un'orribile dieta foriera di fallimenti sicuri, piuttosto che ridare fiducia alle proprie capacità decisionali. Le diete sono come gli antibiotici per le infezioni banali! Se siamo fortunati, non fanno male.

Noi pediatri abbiamo un ruolo fondamentale in questo percorso: non possiamo negare la visita per le banalità, ma, piuttosto, dobbiamo aiutare le famiglie a reimparare l'autogestione dei problemi: dal raffreddore al rapporto con i farmaci fino alla gestione delle porzioni e dei pasti. Non lo si può fare negandoci, ma, come fanno i buoni genitori, sostenendo l'autonomia piuttosto che la dipendenza: da noi, dalle nostre prescrizioni dietetiche o dai farmaci. Promuovere autogestione: è questa la novità del nostro programma terapeutico, che possiamo chiamare con termine anglosassone di *empowerment*.

A questo allude il prof. Panizon quando parla di passare dalla dipendenza all'autonomia? Il passaggio non è né facile né gratuito per le nostre famiglie: è un po' come lo svezzamento o rifare l'adolescenza e scegliere di andare a vivere da soli.

I pediatri, che abbiamo formato, chiedono un sostegno ufficiale alla comunità scientifica.

Bibliografia

1. Tanas R, Caggese G, Rossato E, Desiderio E, Limauro R, Marcolongo R. Valutazione di fattibilità di progetti di formazione dei pediatri per la prevenzione e la cura dell'obesità. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2010;13(8).
2. Baker JL, Olsen LW, Sørensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007;357:2329-37.
3. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:43.

Rita Tanas, Guido Caggese,
Elisa Rossato, Raffaele Limauro,
Renzo Marcolongo
Referenti del Corso di Formazione
professionale teorico-pratico: terapia
educativa del soprappeso e dell'obesità in
età evolutiva di Ferrara

Questa è molto di più che una lettera, e non possiamo che essere grati di averla inviata a noi e specialmente dello splendido lavoro che avete fatto e che traspare dalle vostre righe. È certo che il passaggio dalla dipendenza all'autonomia è difficile; è probabilmente la cosa più difficile (e a mio avviso anche la più doverosa) che ci si dovrebbe attendere dalla Pediatria di famiglia.

Se questo è difficile sempre, anche per le banalità e le febbri visibilmente innocenti (anche su questo versante la Pediatria di famiglia ha finora fallito o mal interpretato questo ruolo liberatorio che in verità nessuno le ha commesso), è certamente molto più difficile per un percorso lungo e duro come quello di lottare, in qualche modo, contro la natura.

Ho qualche personale diffidenza nei riguardi dell'effettiva utilità e dell'aperta disponibilità della "comunità scientifica" a cui fate riferimento, che è comunque male identificabile se non in quella ufficiale (SIP, ACP, ESPGHAN, SIEDP).

In verità non riesco a percepire la necessità di questo appoggio; ma, se i pediatri lo richiedono, non è a noi che lo potete richiedere (ma forse attraverso di noi e di qualche illuminato e sapiente lettore).

Franco Panizon