

Lettere

Dissensi sulle Consensus sulla fluoroprofilassi sistemica per via orale

Alcune riviste pediatriche hanno recentemente riportato gli atti della *Consensus Conference* relativa alla fluoroprofilassi nella popolazione infantile^{1,2}. A mio modo di vedere, alcuni passaggi contenuti nel documento (stilato da una commissione di pediatri, pedodontisti e biochimici) non sembrano pienamente condivisibili, e meritano ulteriori approfondimenti.

La filosofia di fondo del documento è per l'estensione della pratica della fluoroprofilassi a tutta la popolazione infantile del nostro Paese mediante la somministrazione quotidiana di compresse o gocce di composti fluorurati, superando l'usuale orientamento cautelativo che teneva conto del tasso locale di fluorizzazione delle acque prima di procedere alla somministrazione delle compresse fluorurate, allo scopo di evitare un eccessivo apporto di fluoro. "Per quanto riguarda la disponibilità di dati epidemiologici sulla fluorosi e sulla sua incidenza in Italia, questi sono molto esigui proprio per l'irrelevanza del fenomeno. È stato realizzato qualche studio, ma sono pochissimi e relativi alle aree dove il problema esiste: solo due zone a rischio ben noto, quella del Vesuvio e, in misura assai minore, quella dell'Etna. L'incidenza sembra comunque essere bassissima, forse intorno all'1-2%, tale dunque da poter considerare la fluorosi in Italia un falso problema. Va peraltro segnalato che i ragazzi italiani hanno i denti pieni di macchie bianche, gessose, a eziologia sconosciuta, che vengono scambiate erroneamente per macchie di fluorosi; proprio questo errore è all'origine dell'aumento, soltanto apparente, del fenomeno. Nell'ambito della regione Campania sono stati fatti alcuni studi, poi pubblicati, in cui sono stati campionati due gruppi di popolazione infantile delle scuole medie: nel gruppo residente in zone dove il contenuto di fluoro nelle acque era pari a 4 mg per litro, quindi molto elevato, è stata riscontrata una percentuale di fluorosi del 53%, ma in compenso i bambini erano esenti da carie; in coloro che risiedevano in zone con concentrazione di fluoro di 0,3 mg per litro, valore molto basso, si è invece osservata un'assenza quasi totale di fluorosi, ma molti episodi di carie".

Intanto, un'affezione che riguarda l'1 o il 2% dei soggetti indagati non sembra costituire un "falso problema"; le macchie bianche sullo smalto dentario, che è possibile osservare nei ragazzi italiani (oggi molto più frequentemente di 20-30 anni fa, come sottolineato da Marco Solidani in un recente studio), hanno effettivamente eziologia sconosciuta, e proprio per questo

non è possibile escludere che siano riconducibili al metabolismo del fluoro³.

Riguardo alla posologia raccomandata, il documento afferma che dai 2 ai 4 anni è indicata la somministrazione di una compressa da 0,5 mg. Si aggiunge anche, evidentemente allo scopo di evitare il sovradosaggio cronico, l'indicazione di usare dentifrici non contenenti fluoro.

A parte la difficoltà pratica di reperire sul mercato dentifrici del tutto privi di fluoro, la preferenza per le compresse a dispetto del dentifricio fluorurato è del tutto opinabile: questo orientamento comporta la sottrazione del sicuro e comprovato effetto cariostatico tipico del fluoro contenuto nei dentifrici ed è contrario alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, recentissimamente ribadite, sulla necessità di fornire dentifrici fluorurati a prezzi accessibili, in quanto caposaldo della più efficace prevenzione orale attualmente disponibile⁵. Inoltre, dal momento che numerose osservazioni epidemiologiche hanno sottolineato l'incostanza della pratica della somministrazione di prodotti fluorurati anche all'interno delle famiglie più scrupolose, e il decadimento temporale dopo qualche mese o qualche anno⁶, paradossalmente il meccanismo di sostituzione fluoro nel dentifricio-fluoro nelle compresse potrebbe sortire l'effetto di lasciare molti bambini in situazione carente.

Nel 1996, con l'aiuto del Dirigente dell'allora Ufficio di Igiene Roma sud, dottor Gianfranco Mancini, ho promosso una ricognizione sul contenuto in fluoro degli acquedotti comunali dei Castelli romani (zona vulcanica)⁷. I dati rivelavano una concentrazione fluoro molto più elevata, fino a dieci volte, rispetto alla situazione presente negli acquedotti della città di Roma. Quante altre zone in Italia si trovano nelle stesse condizioni?

Vent'anni fa un inventario delle risorse idriche del territorio del Lazio settentrionale e della Toscana meridionale, promosso dal prof. Mario Dall'Aglio, geochimico ambientale dell'Università "La Sapienza", mostrava nel 43% dei campioni esaminati livelli di fluoro superiori ai valori massimi previsti dalla Direttiva Europea CE 83/98 (1,5 mg/litro). Nella vasta zona compresa tra i laghi di Bolsena, di Bracciano e il corso dei fiumi Fiora e Tevere, numerosi campioni mostravano tassi di fluoro compresi tra 2 e 3 mg/litro⁸.

Sappiamo che l'Italia non dispone di un inventario esauriente sulla qualità e sulle caratteristiche delle risorse idriche^{8,9}.

Come anche ribadito nel recente articolo di Martelli¹⁰, l'elevata prevalenza di fluorosi (12,1%) riscontrata in una coorte di 504 bambini statunitensi seguiti longitudinalmente, dovrebbe raccomandare una ri-

cerca molto minuziosa delle fonti di fluoro prima di prescrivere la fluoroprofilassi, in particolare prima dei sei anni di età.

È interessante notare che una delle prime indagini epidemiologiche al mondo condotte sulla tossicità del fluoro era compiuta negli anni '40 da Paolo Triveri, medico condotto di Anguillara Sabazia sul lago di Bracciano. Con un approccio allora del tutto innovativo, Triveri si era fatto carico di raccogliere statistiche sistematiche sulla popolazione scolastica del Paese, sulla popolazione adulta, e sulle condizioni degli scheletri esaminati nell'ossario del Comune. Tali condizioni indicavano nell'elevato contenuto di fluoro nelle acque potabili di quel tempo (3-4 mg/litro) la causa della comune fluorosi osservata nella zona, condizione che ho potuto personalmente riscontrare tuttora assai diffusa.

Gli effetti tossici dell'accesso sperimentale di fluoruri sono noti^{10,11}. Il fluoro ha una finestra terapeutica stretta e, quando si ingerisce una pasticca di fluoro, questo è seguito da un picco plasmatico.

Tiziano Basso, da anni impegnato in Carnia nel settore della prevenzione orale, ha opportunamente affermato che la carie è da considerare, al giorno d'oggi, una patologia comportamentale: l'attuale evoluzione epidemiologica della carie dentale mostra, nel quadro generale di una popolazione a bassa prevalenza di carie, la presenza di un gruppo relativamente ristretto di soggetti che mostrano uno sviluppo di patologia decisamente superiore alla norma⁶. Sono proprio il trattamento e la gestione globale di questi individui a rappresentare l'attuale punto debole e l'obiettivo dei programmi futuri della prevenzione. È chiaro che un intervento preventivo efficace per questi soggetti non può basarsi sulla fluoroprofilassi, ma su una motivazione continua e costante all'igiene orale.

Il ruolo dei pediatri e pedodontisti è quello di rafforzare l'autonomia delle famiglie, sensibilizzandole e orientandole su atteggiamenti corretti, sui veri caposaldi della prevenzione odonto-stomatologica che restano le sane abitudini igieniche e alimentari, piuttosto che promuovere una cronica dipendenza farmacologica che non appare esente da rischi potenziali per la salute.

Pietro Auconi
Ospedale di Marino, Roma

Bibliografia

1. AA VV. Stato dell'arte sulla fluoroprofilassi, con focalizzazione sulla fluoroprofilassi sistemica. *Area Pediatrica* 2003; 3-4:41-8.
2. AA VV. Fluoroprofilassi a difesa della tutela della salute del cavo orale. *Doctor Pediatrica* 2003, 7 ottobre, I-IV.
3. Solidani M, Panetta F, Crisostomo S, Dal-

Ioca A, Polimeni A, Ottolenghi L. Pigmentazioni estrinseche in dentizione mista. *Dental Cadmos* 2004;6:13-21.

4. Iro A, De Simone R. Ruolo delle acque minerali nella fluoroprofilassi. *Il Dentista Moderno* 2000;9:135-7.

5. Peterson PE, Lennon MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21th century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:319-21.

6. Basso T. Il pediatra e i denti. *Medico e Bambino* 2000;19:153-5.

7. Auconi P, Mancini G. Dati non pubblicati.

8. Beccari M, Dall'Aglio M. Atti del Convegno dell'Accademia dei Lincei "Accettabilità delle acque per usi civili e agricoli". Roma, 5 giugno 2002.

9. Cannavacciuolo F, Gallozzi G. Mappatura del fluoro nelle acque potabili di Roma. *Il Dentista Moderno* 1994;2:245-9.

10. Martelli A, Startari R, Arancio R, Sarratut T, Fiochi A. Il fluoro nella profilassi della carie dentale. *Medico e Bambino* 2004;3:159-64.

11. Gallusi G (a cura di). *Recenti orizzonti sul fluoro*. Roma, Edi Press 1994.

12. Suwalsky M, Norris B, Villena F, Cuevas F, Sotomayor P, Zatta P. Aluminium fluoride affects the structure and functions of cell membranes. *Food Chem Toxicol* 2004;49:925-33.

Due risposte estese (un piccolo focus) sulla fluoroprofilassi scritte "in cieco" che si integrano bene e che in parte chiariscono alcuni dei dubbi riportati da Pietro Auconi.

Nei primi decenni del '900 si scoprì che in specifiche aree degli USA alcune persone avevano i denti macchiati (mottled) ma molto meno cariati, e ciò era dovuto all'assunzione di acqua con notevole contenuto di ione fluoro (F-). Nel 1938 H.T. Dean evidenziò che il punto di demarcazione fra irrobustimento dello smalto e chiazze esteticamente inappropriate (la fluorosi) era intorno a 1-1,2 ppm di F- dell'acqua bevuta. L'osservazione di questo fatto naturale fu la base, in un perfetto schema empirico (sono gli anni della penicillina: dice niente?), per la fluorizzazione delle acque potabili povere di questo ione (1945: Grand Rapids, Michigan, poi tutti gli USA). Ciò ha comportato una riduzione delle carie incontrovertibile e che, a tutt'oggi, è considerata "one of 10 great public health achievements of the 20th century" (American Dentistry Association e Center for Disease Control).

La dotta esposizione dell'amico Auconi non fa altro che ribadire tutto ciò: il fluoro, ad alte concentrazione, rende i denti ancora più forti ma esteticamente inappropriati. Ora, la medicina è ricca di esempi di sostanze naturali, utilizzate a scopo terapeutico e che diventano dannose se usate in malo modo (la digitale è una pietra angolare della terapia cardiologica, ma è una pianta velenosa!). L'arte medica sta proprio qui: nel mantenersi in un ambito di sicurezza e di utilità (primum: non nocere).

Come applicare questo concetto di sicu-

rezza per l'uso del fluoro? Evitando semplicemente le sovrapposizioni e le assunzioni a dosi incontrollabili: queste, nella prima infanzia, sono legate principalmente alla deglutizione del dentifricio fluorato. È per questo che nei bambini sotto i 3-4 anni (età sotto la quale i bambini tendono a deglutire e non a sputare il dentifricio, come da studi controllati) si consiglia di usare poco o niente dentifricio. La mia frase "da ambulatorio" per le mamme, riguardo alla dose di dentifricio è: "fare solo la mossa" o "sporchi appena un po' lo spazzolino", che è la traduzione nostrana del "like a pea" consigliato dagli anglosassoni (la traduzione letterale in italiano potrebbe essere equivocante...). Facendo così si evita, tra l'altro, la complicazione di tenere in casa due tipi di dentifricio: uno per il bambino piccolo e l'altro per il resto della famiglia. Sulle fonti alimentari: come detto nella Consensus Conference, le fonti sono il tè e alcuni pesci di mare. Orbene, c'è un bambino che ogni giorno beve due-tre litri di tè o mangia pesce azzurro in quantità elevate? Sulle acque minerali: nel documento in causa viene ribadito che per legge le etichette devono indicare se sono ad alto contenuto di fluoro. Ad ogni buon conto, il pediatra virtuoso avviserà la madre di controllare il contenuto in fluoro dell'acqua minerale di uso abituale e comportarsi di conseguenza. In tutte queste situazioni citate, la pastiglietta di fluoro garantisce una dose controllata, non variabile e assolutamente sotto il livello di fluoro considerato eccessivo, quindi una sicurezza per genitori e medici. A proposito: ringrazio Auconi e ovviamente concordo per la precisazione del dosaggio calibrato in base alla fluorimetria delle acque, cosa non ben esplicita nella Consensus Conference.

Il discorso sulle acque potabili (il rubinetto) non trova, a mio parere, contraddizioni fra l'enunciato della Consensus e quanto detto da Auconi. Quando si scrive che "ci sono zone dove l'acqua dell'acquedotto presenta un alto contenuto in fluoro già in partenza, e zone in cui il contenuto è invece basso" si sta pensando proprio alle zone flegree dell'Etna e ai Castelli Romani (che effettivamente non vengono nominati nella Consensus). In queste zone il pediatra deve dire molto semplicemente una sola cosa: via pastigliette, via dentifricio al fluoro, specie sotto i 4-6 anni; basta e avanza l'acqua (o, addirittura, consigliare l'uso di acqua minerale oligominerale). È fuorviante, invece, proporre una realtà molto particolare come quella dei Colli Albani come diffusa: le acque in Italia sono quasi tutte povere di fluoro! Se un pediatra vuole accertarsene, basta che faccia una telefonata al dipartimento di prevenzione della locale ASL e farsi dare i dati fluorometrici dell'acquedotto della sua zona. Una piccola dimostrazio-

ne può essere quella delle acque minerali. In Italia quelle in commercio sono numerosissime, ma solo 18 hanno oltre una ppm di F- e, di queste, 11 provengono dalle zone citate come "vulcaniche" (Catania, Viterbo ecc.). Un'altra dimostrazione pratica: i denti di Chiaie (Pozzuoli) o di Anguillara sono riconoscibilissimi (denti "neri" o "scritti" ovvero: "fammi un sorriso e ti dirò di dove sei"), non esiste questa caratteristica in nessun'altra parte d'Italia.

Un'altra cosa non corretta, a mio avviso, è quella di citare, ad esempio, la situazione nord-americana riguardo alla fluorosi (che Auconi stesso conferma come "effettivamente infrequente nei gradi elevati"): negli USA e in Canada l'apporto di fluoro è, a volte, incontrollato e con sovrapposizioni incoerenti. Il fluoro viene aggiunto negli acquedotti, negli integratori alimentari, nei prodotti alimentari per l'infanzia, applicato dai dentisti ecc. ecc. In Italia, fortunatamente, non è così (le spinte commerciali non sono arrivate a tanto): l'unica fonte misurata e controllata di fluoro nella prima infanzia rimane l'apporto tramite pastigliette o gocce. Le macchiette bianche sui denti: se sono definite "effettivamente di eziologia sconosciuta" non possono essere fluorosi, essendo questa una condizione evidenziabile con un'adeguata anamnesi.

Fluoro topico vs sistemico: è una diatriba sul sesso degli angeli! Ogni pastiglietta di fluoro (o goccia, chewing-gum, acqua) rimane un po' in bocca e viene riciclata sui denti dalla saliva (effetto topico) e poi viene inghiottita (effetto sistemico). Ugualmente l'effetto topico del dentifricio (collutorio ecc.) ha sempre una componente sistemica perché in parte deglutito. L'effetto benefico di tipo sistemico (pre-eruttivo, cioè sulla formazione dello smalto) è incontrovertibile: lo si conosce da un secolo, è dimostrato da montagne di letteratura, è raccomandato dall'OMS (che propaga la fluorizzazione in tutte le sue opzioni, non solo i dentifrici al fluoro: vedi articolo citato proprio da Auconi): perché rinunciarvi?

Nella lettera si paventano cose francamente inquietanti sulla tossicità cronica da fluoro: orbene, al mondo più di 2 miliardi di persone assumono fluoro in varie forme. Esiste, in queste persone, patologia da "pico ematico, apoptosi, deformità scheletriche, degenerazione cardiovascolare, tossicità testicolare ecc.?" Possibile che la severissima FDA e l'attento CDC statunitensi spingano per incrementare i 15.000 acquedotti fluorurati, già esistenti negli USA, e che in 60 anni di esperienza non si siano accorti di nulla? E nella zona del Lazio, a cui la letteratura di Auconi si riferisce, c'è traccia di tutto ciò a livello di epidemiologia clinica? Perché la Corte Suprema degli USA (che non è, come noto, un tribunale da Repubbli-

Lettere

ca delle Banane) ha pienamente assolto e confermato la fluorizzazione delle acque contro le associazioni che la osteggiavano? E si badi bene: dietro la fluorizzazione delle acque non c'è nessun potentato economico, tipo battaglia contro i danni da sigarette (ma lo sapete che fluorurare un acquedotto di una grossa città costa come un tubetto di dentifricio?). Auconi, nella sua appassionata lettera, mi chiama a testimone per una contrapposizione fra educazione comportamentale e fluoroprofilassi: non è il mio pensiero. Nella mia zona siamo riusciti a cambiare la situazione ANCHE con la fluoroprofilassi, che i pediatri locali supportano tutt'ora. Uno può vedere questo provvedimento come "cronica dipendenza farmacologica", io la vedo come atto quotidiano virtuoso, responsabile e ben coerente con gli altri (dieta, igiene orale, fluoro, andare ogni tanto dal dentista: "le 4 gambe della sedia" e una sedia su tre gambe sta su con difficoltà... come spiego ai genitori). E, come per il fluoro: la vitamina D, il ferro, il sale iodato - nei modi e tempi dovuti - sono da considerare "dipendenze farmacologiche" o conquiste di salute e di cultura delle famiglie? Altri, ben più avanti di noi, come i norvegesi, recentemente hanno provato a togliere il fluoro come provvedimento di base e hanno documentato un piccolo, ma significativo, aumento delle carie. E parliamo di gente che è avanti di 20 anni rispetto a noi, almeno in questo campo.

Vorrei concludere con una considerazione: il "nemico" non è il fluoro, ma la carie ("Tooth decay is, by far, the most common and costly oral health problem in all age groups" - US Department of Health and Human Services).

PS: nel sito web dell'ADA (American Dentistry Association) c'è una bella ed esaustiva sezione intitolata "Fluoridation facts" sia per utenti che per medici: andate a leggerla, se siete interessati.

Tiziano Basso
 Divisione di Pediatria
 Ospedale di Tolmezzo, Udine

La faccenda dell'integrazione fluorurata, come quella della fluorazione delle acque potabili, è una delle più dibattute tra quelle degli interventi di prevenzione primaria.

Il dottor Auconi, in sintesi, pone in dubbio la raccomandazione, che viene da alcune linee guida, di utilizzare in tutti i bambini la fluoroprofilassi orale, in quanto questo potrebbe esporre a un rischio di fluorosi dentale nei casi in cui la fluorazione delle acque sia eccessiva. Inoltre, non condivide la raccomandazione di utilizzare la fluoroprofilassi orale, evitando l'utilizzo di dentifrici contenenti fluoro.

Non abbiamo su questo una competenza

tecnica sufficientemente informata per dare risposte definitive. Tuttavia alcune riflessioni ci sentiamo di farle.

1. Sulle pagine elettroniche di questo numero della rivista (in sintesi a pag. 259; full text: www.medicoebambino.com) i colleghi di Milano ci dicono con una seria ricerca sul campo che a 6 anni il 63% dei bambini è esente da carie e a 12 anni la percentuale si riduce al 46%. Quindi un evidente miglioramento rispetto a qualche anno fa, ma molto rimane da fare, soprattutto con interventi rivolti alle classi sociali più disagiate.

2. La fluoroprofilassi è uno degli strumenti insostituibili per migliorare lo stato di salute dentale dei bambini. La Cochrane su questo ha pubblicato ben 5 revisioni sistematiche, tutte sulla fluoroprofilassi topica (con dentifrici, colluttori, gel, vernici).

Quella riassuntiva delle evidenze¹ è impressionante per i numeri che riporta: 133 studi clinici inclusi nella metanalisi con un coinvolgimento di 65.169 bambini (!); efficacia clinicamente rilevante per tutti gli interventi topici proposti, anche se con variabilità tra le varie tecniche (meglio se il fluoro viene applicato da operatori esperti che in ambiente domestico); l'efficacia dimostrata non sarebbe influenzata dalla fluorazione delle acque o da altre fonti di fluoro.

Un'altra metanalisi² dimostrerebbe che l'utilizzo aggiuntivo topico di fluoro (colluttori, vernici, gel) a quello contenuto nei dentifrici offrirebbe un modesto vantaggio nella riduzione dell'indice delle carie. Quindi dati sicuri, basati su un alto livello di evidenza e come tali incontrovertibili sulla fluoroprofilassi topica. Purtroppo non vi sono dati definitivi (anzi non vi sono dati riportati negli studi clinici) sulla sicurezza della fluoroprofilassi topica^{1,2}.

3. Quanto detto non risolve il problema dell'eccesso possibile di fluorazione delle acque in Italia e del rischio di fluorosi che ne può derivare, né chiarisce se è opportuna la fluoroprofilassi per via orale rispetto a quella topica o se sono opportune entrambe (crediamo che la compliance sia nelle scelte determinante). Sicuramente quello che sappiamo è che la fluoroprofilassi orale è utilizzata in Italia da meno del 10% dei bambini. Sicuramente sappiamo che è comunque previsto dalle linee guida che il pediatra si domandi (e domandi) prima di ordinare la supplementazione orale di fluoro se, nell'acqua del suo acquedotto, il contenuto in fluoro è conosciuto (dovrebbe essere conosciuto, se non si conosce la composizione dell'acqua di rubinetto, su cosa si basa la dichiarazione di potabilità?), e se è per caso troppo elevato. Se non lo può sapere, può avere atteggiamenti differenziati. Non prescrivere, come da alcuni raccomandato, prescrivere solo la fluoroprofilassi topica (effetto aggiuntivo rispetto ai livelli di fluorazione delle ac-

que)¹ e/o quella orale. Un margine quindi di dubbio esiste e forse sarebbe giusto, per valutare la reale entità del problema, conoscere quale sia la situazione del fluoro nelle acque in Italia e anche il contenuto nelle acque minerali (largamente utilizzate) (vedi a riguardo il lavoro di Martelli A et al³).

I dubbi quindi rimangono, ma crediamo che siano risolvibili in proprio (maggiore informazione sulla fluorazione delle acque nelle singole realtà dove si lavora). Lascieremmo però da parte i sospetti sulla "tossicità non misurabile" che, come tutte le cose "non misurabili", rientrano tra quelle di cui non si può dire niente e su cui dunque è meglio tacere.

Federico Marchetti e Franco Panizon

Bibliografia di riferimento

1. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2003; (4):CD002782.
2. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2004;(1): CD002781.
3. Martelli A, Startari R, Arancio R, Sarratut T, Fiocchi A. Il fluoro nella profilassi della carie dentale. Medico e Bambino 2004;3:159-64.

Promozione dell'allattamento al seno, informazione e sensi di colpa?

Sono un Primario ospedaliero di Pediatria in pensione, ma ancora attento ai bisogni dei bambini e anche in questa ottica ho di recente tradotto per la Casa Editrice RCS due libri del prof. Brazelton.

In seguito a un lungo colloquio con una giornalista, qualche settimana addietro, è uscita sul più diffuso giornale cittadino una mia intervista nella quale evidenziavo i rischi connessi a una promozione troppo rigida dell'allattamento al seno.

Più di lettore mi ha interpellato, ma quello che mi ha più colpito è stata la lettera di un amico verso il quale nutro una grande stima, che non è un pediatra e neppure un medico, ma che si occupa di promozione dell'allattamento al seno. Lettera che conteneva un affettuoso ma severo rimprovero. A questo amico ho risposto con una lettera personale, dei cui contenuti però voglio mettere a conoscenza la vostra redazione, nella speranza che vengano pubblicati, e mi aiutino a capire, proponendoli in questa tribuna, se la mia è la posizione di un pediatra "sorpasato" o di un

pediatra che ha invece a cuore il benessere generale del bambino e quindi la sua qualità di vita.

Mi rendo conto di toccare un problema già ampiamente dibattuto, ma che forse ha lasciato qualcuno, sicuramente il sottoscritto, in una grande incertezza.

Cosa ho detto a questo mio amico? Gli ho scritto che sono un pediatra che ha lavorato e lavora ancora giorno per giorno sul campo e forse per questo motivo non ho mai fatto carriera né in Società scientifiche né in associazioni di categoria, sedi in cui ho talvolta visto sedere persone che mi sono parse non avere molto a cuore la qualità della vita del bambino. E queste cose non gliele ho dette per polemica, ma perché mi riferivo a uno che non è né medico né tanto meno pediatra e quindi più facilmente vittima, come tanti non addetti specificamente ai lavori, di chi lavora "con" i bambini perseguendo teorie, ancorché non personali e peraltro diffuse, ma non lavora sicuramente "per" i bambini. Gli ho spiegato anche che con alcuni di questi ho litigato, ahimè invano.

Gli ho detto che certamente lui non ha mai potuto vedere i molti neonati mandati a casa dai nidi con notevole perdita di peso neonatale, nevrologizzati perché hanno pianto per giorni interi a causa della fame, non ha neppure potuto vedere mamme disperate perché non riescono ad allattare. Sicuramente non li ha visti, ma forse mi viene il dubbio che non li abbiano neppure visti anche molti membri delle associazioni o società scientifiche, perché impegnati in Congressi o in riunioni in cui venivano discussi come prioritari i problemi dell'allattamento materno!

Mi sono permesso di dirgli anche che noi Pediatri che lavoriamo sul campo sappiamo che un bambino, quando nasce, sa istintivamente due cose:

1. che, se non respira, muore in circa 5 minuti (fabbisogno vitale);
2. che, se non mangia, muore in circa 5 giorni (fabbisogno vitale).

E poi questo bimbo sa anche che l'unico essere al mondo che può aiutarlo a vivere, è quella "cosa" nella cui pancia è stato bene per 9 mesi (infatti, lì dentro, il suo piccolo corpo traeva il suo nutrimento nel momento stesso in cui ne aveva bisogno) e da cui è uscito con una certa fatica (e qui mi sono permesso una battuta che non piacerà a molti) forse perché sapeva di nascere in un Ospedale dove gli avrebbero fatto soffrire la fame!

Ecco, Lui, il nostro Bimbo, sa queste cose. Purtroppo però, per le abitudini (le teorie? le manie?) di quel Centro in cui è nato, corre il rischio, se gli capita malauguratamente una mamma che non produce latte materno o ne produce poco, di ri-

P

Lettere

manera a lungo senza ricevere tutto l'alimento di cui ha bisogno.

Ebbene, cosa pensa quel bambino (e purtroppo i bambini, anche i neonati, pensano molto di più di quanto credono certi addetti ai lavori dell'infanzia), pensa: "Ma come, io sto comunicando alla mia mamma che ho un fabbisogno vitale, cioè ho bisogno di mangiare, e lei non mi dà da mangiare. Allora - pensa - mi ha abbandonato!" Ho detto al mio amico di credermi che questa non è una esagerazione. Sono sicuro che lui (non è un pediatra) non ha mai visto come piange disperatamente un bambino a cui non viene dato da mangiare! Disperato perché non può immaginare a quale punto può arrivare un adulto per seguire intellettualismi o teorie personali.

"Mi ha abbandonato!" Questo pensa il nostro bambino e la sensazione di abbandono produce angoscia (la malattia del secolo). Ma che bravi siamo stai noi adulti a insinuare nell'animo e nella mente del nostro bambino fin dai primissimi giorni di

vita il male del secolo! Gli abbiamo fatto un bel regalo, solo perché ci sono associazioni e società scientifiche che, inseguendo altri meno importanti problemi, non hanno presente quello che è il più grave dei problemi dell'uomo moderno: l'angoscia. Perché non viene in mente a queste associazioni che, per esempio, il malessere e il disagio adolescenziale derivano dall'angoscia dell'infanzia?

Una mamma angosciata, cui sono stati indotti sensi di colpa, perché non riesce ad allattare il suo bambino, non può essere una buona mamma per il bambino stesso.

Il bambino ha bisogno anzitutto di essere circondato da una mamma serena, felice e tranquilla, che gli possa trasmettere amore e sicurezza, tutte cose che, fra l'altro, gli può dare anche se non riesce ad allattare al seno.

Se poi si vogliono dare informazioni, esagerate sui vantaggi del latte materno, questa diventa sicuramente una informa-

zione strumentale. In conclusione, è impensabile non essere favorevoli al latte materno (viene definito allattamento naturale); è fondamentale favorire l'allattamento materno, ma è anche vero che non si può portare un bambino alla fame e soprattutto una madre alla disperazione e all'angoscia perché la si colpevolizza per un evento che non dipende dalla sua volontà. A questo amico ho detto queste confuse parole, scritte sotto la spinta di una certa emotività, ma che spero le mediti, magari rileggendole a distanza. Ho poi concluso con due frasi che fanno da filo conduttore nel mio nuovo libro, che con molta fatica sto scrivendo: "Crescere un bambino è una favola meravigliosa, se è il bambino a raccontarla; può diventare una triste storia, se a raccontarla sono gli adulti". "La puericultura è prima una filosofia e poi una scienza medica".

Giuseppe Ferrari
Pediatra, Torino

XVIII CONGRESSO NAZIONALE CONFRONTI IN PEDIATRIA 2005 È proprio vero che... "Strilli e strilloni in Pediatria"

Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima, 2-3 dicembre 2005

VENERDÌ 2 DICEMBRE

9.00 Sessione plenaria *modera F. Panizon*

È proprio vero che...

- ... bronchiti asmatiche ricorrenti: fare o non fare cambia poco o nulla (G. Longo, F.M. de Benedictis)
- ... la stipsi non è più un problema (M. Fontana, S. Martellosi)
- ... la certificazione sportiva non serve a niente (P. Benciolini, A. Gombacci)
- ... la chirurgia pediatrica può e deve essere sempre laparoscopica (C. Esposito, J. Schleef)

12.00 Approfondimento con gli esperti (gruppi di lavoro in seduta parallela)

- Asma e broncopneumologia (G. Longo, F.M. de Benedictis)
- Medicina legale (P. Benciolini, F. Panizon)
- Gastroenterologia (M. Fontana, S. Martellosi)
- Chirurgia pediatrica (C. Esposito, J. Schleef)

14.30 Sessione plenaria

È proprio vero che...

- ... gli screening ortopedici sono tutti da buttare (D. Baronciani, G. Maranzana; *modera G. Tagliavoro*)
- ... la dieta nella dermatite atopica non va più fatta (S. Miceli Sopo, F. Arcangeli; *modera A. Ventura*)
- ... bisogna vaccinare "tutti per tutto" (G. Bartolozzi, P. Macchia; *modera D. Faraguna*)
- ... l'obesità "fa male" anche ai bambini (G. Tonini, F. Chiarelli; *modera L. Greco*)

17.20 Approfondimento con gli esperti (gruppi di lavoro in seduta parallela)

- Ortopedia pediatrica (G. Tagliavoro, G. Maranzana)
- Dermatologia e allergia alimentare (F. Arcangeli, S. Miceli Sopo, A. Ventura)
- Vaccinazioni (G. Bartolozzi, P. Macchia, D. Faraguna)
- Endocrinologia e Nutrizione (F. Chiarelli, G. Tonini, L. Greco)

SABATO 3 DICEMBRE

9.00 Sessione plenaria *modera F. Panizon*

È proprio vero che...

- ... i tic non sono mai un problema (A. Scabar, F. Marchetti)
- ... dobbiamo conoscere e saper usare le "terapie biologiche" (L. Lepore, L. Notarangelo)
- ... il pediatra deve conoscere le malattie mitocondriali (A. Burlina, M. Carrozzi)
- ... esistono malattie "nuove" (e anche "vecchie"?) cui dovremmo prestare più attenzione (A. Ventura, G. Maggiore)

Sabato 3 dicembre ore 8.30 sessione in contemporanea

CONFRONTI "GIOVANI"
Specializzandi a tu per tu "senza il professore"

Per questo Congresso saranno richiesti i crediti formativi ECM

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giorgio Longo (longog@burlo.trieste.it), Alessandro Ventura (ventura@burlo.trieste.it)

SEGRETERIA SCIENTIFICA "CONFRONTI GIOVANI"

Tania Gerarduzzi (getania@yahoo.com), Laura Travan (ltravan@libero.it), Chiara Oretti, Alessandro Lenhardt



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE Traduzioni&Congressi
Via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it http://www.quickline.it

La lettera del dottor Ferrari esprime dubbi e perplessità sulla pratica di promozione dell'allattamento al seno. Personalmente dissenso dalle sue considerazioni. La promozione dell'allattamento al seno ha cominciato ad avere, per fortuna anche in Italia, una sufficiente diffusione, tale da aver creato una piccola ma significativa rivoluzione su una pratica "naturale" che ha vissuto per anni i danni creati da pediatri inconsapevoli o colpevoli nell'osteggiarla o nel non favorirla. Su questo "Medico e Bambino" ha scritto molto¹⁻⁴ (le referenze citate sono le più recenti in merito al problema specifico di cui parla il dottor Ferrari). La consapevolezza "scientifica" di quello che si è detto sta nei numeri, nelle raccomandazioni e nelle opinioni di chi (operatori e madri) hanno avuto evidenti benefici dal lavoro di persone dedicate a questo. Credo che debbano essere ringraziate per l'amore per il loro lavoro e per il cambiamento tangibile che hanno prodotto in termini soprattutto di cultura.

Ma, caro dottor Ferrari, non credo sia opportuno ritornare su questo; non credo sia opportuno discutere nel dettaglio alcune Sue affermazioni che possono essere lette esattamente al contrario: a) il bisogno di essere alimentato del bambino passa in primo luogo per un istinto primordiale che è quello di attaccarsi al seno della madre e che l'aiuto fornito da personale competente serve a questo; b) il bisogno della madre (nel pieno rispetto, ma informato, delle sue decisioni) è quello di seguire anche lei un suo istinto naturale, con gratificazione a volte non misurabile, ma infinitamente grande e in questo la frustrazione e l'inadeguatezza possono venire proprio dal non riuscirci, non per "mancanza di latte" ma per le colpe (sì, dico le colpe) di chi non sa, non vuole sapere o non è preparato a seguire e assecondare un bisogno naturale.

Vorrei quindi riportarle alcune esperienze sulla pratica dell'allattamento al seno che sono parte della mia storia professionale. Una signora che conosco molto bene era stata informata prima della nascita del suo primogenito sui vantaggi e benefici dell'allattamento al seno. In Ospedale era presente ancora il nido e il bambino le veniva portato ogni 3 ore, sazio, che dormiva e che non aveva di certo il bisogno alimentare di cui Lei parla. La signora ha sofferto molto perché ha vissuto i sensi di colpa dovuti al fatto che il bambino non si attaccava. Ha chiesto perché e le è stato risposto che forse non aveva sufficiente latte e che le integrazioni erano necessarie per farlo crescere e per non farlo "piangere". Dopo 5 giorni di degenza la signora è stata dimessa e per la sua ansia (contenuta) è stata ventilata la possibilità che avesse una depressione post-partum. A casa personalmente ho cercato di aiutarla, ma ho vissuto parte della mia inadeguatezza. Ho chiamato un mio amico (pediatra,

che fa parte dei gruppi di promozione sull'allattamento al seno) che ha dato a me e alla signora piccoli e semplici consigli di buon senso informato. Il bambino ha preso latte materno per 6 mesi. La signora ha nel suo cuore un brutto ricordo dell'esperienza in ospedale e non aveva la depressione post-partum.

Successivamente la mia inadeguatezza ha avuto risposte in una esperienza ospedaliera che viveva in quegli anni la rivoluzione di cui parlavo prima: la promozione dell'allattamento al seno significava modificare completamente l'approccio al neonato. Rooming-in, formazione, consapevolezza, uniformità di comportamenti, ascolto, promozione. In tre anni non ho vissuto le sue sensazioni. Certo le distorsioni ci sono state, gli eccessi sono stati occasione per confronti a volte duri tra il personale e raramente con le madri, ma mi creda il percorso iniziato ha rivoluzionato un ospedale e poi una regione (la Basilicata), cambiando le attitudini e la cultura degli operatori, delle madri e, senza voler esagerare, il sentire comune.

Questo ha sicuramente prodotto dei benefici misurabili per il bambino e per la comunità (esiste a riguardo una vastissima letteratura). Senza questo percorso sarei rimasto inadeguato (ma, mi creda, mi sento di esserlo ancora adesso) e le madri e i bambini non ne avrebbero tratto gli enormi vantaggi che possono venire solo da una politica di gruppo che va adottata e perseguita. E i benefici sono di gran lunga superiori alle piccole (inevitabili?) distorsioni di alcune pratiche di cui Lei parla, ma che, come dicevo, possono essere lette (e vissute) esattamente al contrario.

Non credo di averLe detto di più di quello che avrà pensato e discusso con Lei il suo amico; forse il di più sta nella consapevolezza che in Italia in questi ultimi 10 anni le cose sono sì cambiate, ma che ancora moltissimo rimane da fare per la promozione dell'allattamento al seno e che non ci sono strade diverse da quelle che il suo amico e tanti operatori preparati propongono in modo informato e consapevole e che i pediatri di famiglia e ospedalieri hanno imparato a praticare (non sempre e non in modo capillare).

Ma è forse il tempo di misurare i benefici della politica dell'allattamento al seno dando ascolto alle mamme e al loro vissuto, anche in Italia. Prima di questo è giusto tuttavia riflettere sul fatto che tutte le cose vanno contestualizzate e ragionate per le ricadute che possono avere. E la meditazione di cui Lei parla deve essere rivolta a capire gli obiettivi di quello che facciamo nel nostro lavoro quotidiano. La promozione dell'allattamento al seno è un obiettivo prioritario di salute pubblica che ha le sue regole scientifiche ribadite da tutti gli organismi ufficiali; i dissensi da queste possono correre il rischio

di essere controproducenti per il bambino, la madre e la comunità. Facciamone tesoro insieme, magari dando ulteriore voce alle esperienze sul campo che faranno sicuramente seguito alla Sua lettera (e alla mia piccola risposta).

Federico Marchetti

Bibliografia di riferimento

1. Marchetti F. Allattamento al seno: informazione e sensi di colpa. *Medico e Bambino* 2003;22(3):143.
2. Armeni ME, De Simone G. Promuovere l'allattamento al seno mediante la promozione dei sensi di colpa (?) *Medico e Bambino* 2003;22(3):179-80.
3. Panizon F. I sensi di colpa fanno male alle mamme (?) *Medico e Bambino* 2003;22(3):180-1.
4. Davanzo R, Bruno I. Salute della donna e lattazione. *Medico e Bambino* 2003;22(2):105-13.

Febbre e dolore, paracetamolo e ibuprofene

Riportiamo con piacere la domanda del dott. Semprini inviata ai curatori dell'edizione italiana "Guida all'uso dei farmaci" che ci consente di tornare sull'uso razionale dei FANS in età pediatrica. Condividiamo quanto riportato da Clavenna e Bonati. Il senso della risposta è contenuta anche nell'articolo sul "Trattamento sintomatico della febbre e del dolore nella pratica ambulatoriale", riportato nel numero di gennaio di "Medico e Bambino", con alcune ulteriori importanti precisazioni. Eravamo convinti che la "Dear Doctor Letter" sull'uso razionale dei FANS in età pediatrica fosse stata inviata a tutti i pediatri italiani. Non è così e l'occasione di leggerla anche su M&B è una opportunità in più per razionalizzare il profilo di prescrizione di questa classe di farmaci

Consultando la "Guida all'uso dei farmaci per i bambini" mi sono accorto che nel paragrafo "febbre", (pag. G14) è riportato che "l'ibuprofene può essere somministrato in aggiunta al paracetamolo. I due farmaci non interagiscono". Alcuni recenti articoli hanno, però, segnalato l'inappropriatezza di questa prassi e la possibilità di un aumentato rischio di sovradosaggio e tossicità renale. Questa incongrua abitudine di alternare i due farmaci sembra stia prendendo piede anche da noi; a questo riguardo, è corretta l'affermazione contenuta nella Guida? Se no, non è meglio modificarla in una seconda edizione?

Gianni Semprini
Pediatra di famiglia, Genova

Lettere

Rispondere alla richiesta del dottor Semprini ci consente anche di richiamare e di intervenire sull'articolo di Marchetti et al.¹ su "Medico e Bambino" di gennaio. Due RCT hanno documentato l'efficacia dell'associazione paracetamolo-ibuprofene nel trattamento del dolore post-operatorio nei bambini, anche se le dimensioni delle popolazioni in studio sono limitate^{2,3}. Quindi, nel trattamento antalgico e nella prevenzione del dolore post-operatorio alcune evidenze supportano la somministrazione contemporanea (associazione) dei due farmaci. Al contrario, la pratica di alternare paracetamolo e ibuprofene nel trattamento antipiretico (diffusa nei Paesi anglosassoni) non è supportata da evidenze e potrebbe comportare un rischio maggiore di effetti indesiderati^{4,5}. In generale, tutte le associazioni farmacologiche prive di un "sinergismo" documentato e clinicamente rilevante dovrebbero essere perciò scoraggiate.

L'indicazione riportata nella Guida è sicuramente discutibile e andrebbe quindi modificata. Per quanto riguarda possibili interazioni, in letteratura sono segnalati solo due casi di tossicità renale associati all'impiego di paracetamolo e ibuprofene^{6,7}. Sebbene gli Autori in entrambi i casi ipotizzano che la causa della tossicità tubulare sia attribuibile all'effetto sinergico dell'ibuprofene e del paracetamolo, non è documentato che gli effetti indesiderati siano

imputabili all'interazione. In particolare, nel caso riportato da McIntire⁶ l'evento avverso potrebbe essere associato anche a una patologia concomitante. Ciò non toglie che per cautela sia preferibile evitare di associare paracetamolo e ibuprofene per un trattamento antipiretico.

Tuttavia il quesito posto rimanda all'impiego razionale dei FANS in pediatria. La distorsione principale nella pratica clinica non sta solo nell'associare o alternare paracetamolo e ibuprofene, quanto nel prescrivere farmaci (ad esempio acido niflumico, nimesulide) con scarse evidenze di efficacia e sicurezza nei bambini e per indicazioni non supportate da prove di efficacia (infezione delle vie aeree superiori)⁸.

Purtroppo, diversamente da quanto riportato da Marchetti et al.¹, l'invio della "Dear Doctor Letter" (Box 1 dell'articolo) è rimasto solo un auspicio, non essendo mai stato deliberato. Un invio che nell'ambito delle iniziative di informazione continua e indipendente sarebbe ancora attuale.

Infine, per quanto concerne una nuova edizione della Guida, non dipende dalla nostra volontà; con molti altri, possiamo auspicarla.

Antonio Clavenna, Maurizio Bonati
Laboratorio per la Salute Materno-Infantile
Istituto di Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri", Milano

Bibliografia

1. Marchetti F, Bua J, Maschio M, Barbi E. Il trattamento sintomatico della febbre e del dolore nella pratica ambulatoriale. *Medico e Bambino* 2005;24:47-54.
2. Pickering AE, Bridge HS, Nolan J, Stoddart PA. Double-blind, placebo-controlled analgesic study of ibuprofen or rofecoxib in combination with paracetamol for tonsillectomy in children. *Br J Anaesthesia* 2002; 88:72-7.
3. Viitanen H, Tuominen N, Vääräniemi H, Nikanne E, Annala P. Analgesic efficacy of rectal acetaminophen and ibuprofen alone or in combination for paediatric day-case adenoidectomy. *Br J Anaesthesia* 2003;3:363-7.
4. Mayoral CE, Marino VD, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2000;105:1009-12.
5. Carson SM. Alternating acetaminophen and ibuprofen in the febrile child: examination of the evidence regarding efficacy and safety. *Pediatr Nurs* 2003;29:379-82.
6. McIntire SC, Rubenstein RC, Gartner JC, Gilboa N, Ellis D. Acute flank pain and reversible renal dysfunction associated with non-steroidal anti-inflammatory drug use. *Pediatrics* 1993;92:459-460.
7. Del Vecchio MT, Sundel ER. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2001;108:1236-7.
8. Clavenna A, Bonati M. Una "Dear Doctor Letter" per razionalizzare l'uso dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei bambini? *Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 2001;15:36-8.

CORSO - SEMINARIO

PEDIATRIA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO: IL CONTESTO E LA PRATICA CLINICA

Trieste, 9-11 giugno 2005

Il corso è finalizzato a introdurre i partecipanti al contesto epidemiologico, organizzativo e clinico della pediatria nei Paesi in via di sviluppo.

Il corso si terrà presso la sede del Centro Collaboratore OMS dell'IRCCS "Burlo Garofolo", via dei Burlo 1, 34123 Trieste.

GIOVEDÌ 9 GIUGNO

Il contesto epidemiologico: discussione con esempi da pratica (G. Tamburlini)

Il contesto dei servizi: discussione con esempi da pratica (A. Cattaneo)

Il che fare: *The Lancet* series I e II e la Child Survival Partnership (G. Tamburlini, A. Cattaneo e discussione)

Il pocket book OMS Hospital care for children: obiettivi e metodi (introduzione G. Tamburlini)

Approccio clinico a:

- Triage di emergenza (ETAT) (M. Lazzerini)
- Cure neonatali (F. Uxa)
- Malattie respiratorie (T. Gerarduzzi)
- Diarrea (M. Lazzerini)

VENERDÌ 10 GIUGNO

Approccio clinico a:

- Febbre (A. Saccari)
- Malnutrizione (S. Facchini)
- HIV (E. Biasotto)
- Problemi chirurgici (G. Pellis)
- Altri problemi: falciforme, parassitosi, osteomieliti (E. Biasotto)
- Cure di supporto (E. Biasotto)
- Può un ospedale nei PVS essere child friendly (G. Tamburlini)

SABATO 11 GIUGNO

- **Strumenti**
Laboratorio essenziale (S. Facchini)
- **Farmaci** (T. Gerarduzzi)
- **Gestione**
Lavorare in équipe in PVS (E. Biasotto)
- **Come valutare e come migliorare la qualità delle cure** (G. Tamburlini)

Per informazioni e iscrizioni:

Eleonora Biasotto, cell. 348-3582045 e-mail: nutti75@libero.it