

## Che fine ha fatto la convalescenza?

Da alcuni anni ormai si assiste al ritorno a scuola di bambini appena guariti, di malattie non sempre banali, o addirittura di bambini convalescenti, ai quali il pediatra aveva ordinato delle cure per casa. Il bambino torna a scuola, non solo con il rischio di riammalarsi essendo le sue capacità di difesa ancora in fase di recupero, ma anche con il rischio di far ammalare gli altri. In pratica, come ha detto qualche anno fa un illustre collega, «ogni bambino o ragazzo necessita di un adeguato periodo di convalescenza». Purtroppo, i bambini oggi, per vari motivi, non stanno a casa (o non li si fa stare a casa). Non potrebbe essere questo argomento di discussione?

Pediatra di base, Feltre

*Sì, certo, potrebbe essere un argomento di discussione, e anche di una presa di posizione più consapevole da parte nostra. Purtroppo però, o magari fortunatamente, il nostro potere di influenza sulle correnti sottomarine della società, come quelle che regolano l'afflusso ai Pronti Soccorso, o alle diete dimagranti, o agli eccessi alimentari, o all'uso/non uso degli antibiotici, non esiste, o quasi. Sicché, se la dimissione è rapida (cosa che non può non esser vista come un progresso assistenziale), o se la malattia è domata facilmente (effetto dei progressi di salute che il Paese ha fatto, passo dopo passo, negli ultimi cinquanta anni), la famiglia tenderà spesso, inevitabilmente e incolpevolmente, a "liberarsi" del bambino. Perché la mamma deve andare al lavoro, o perché negli anni si è anche disimparato a stare assieme ai bambini, o perché anche il bambino (per gli stessi motivi) è più contento di stare con i compagni che con un distratto genitore. Sono gli stessi motivi, è la stessa corrente sottomarina che ha prodotto lo sviluppo, peraltro generalmente considerato positivo, delle scuole materne e anche degli asili-nido. Una corrente di modernizzazione-efficientismo-produttivismo un po' tayloristico, che finisce per lasciare poco tempo alla "vita", e che costringe, per altro verso, a darsi da fare con impegno quasi professionale per riempire di qualcosa il "tempo libero".*

*È vero che una delle cause delle infezioni respiratorie ricorrenti è la depressione immunologica, contrassegnata dalla diminuzione dei CD4, che ogni infezione virale produce; ed è vero che in alcuni bambini (quelli con infezioni respiratorie più altamente ricorrenti) questa diminuzione è più spinta e persistente che in altri; ed è vero anche che una delle cause della diffusione nelle comunità scolastiche e negli asili delle malattie è la mancata clearance dei virus*

*responsabili della maggior parte di queste malattie, clearance a sua volta rallentata dagli antipiretici. È vero anche che queste malattie sono di regola poco impegnative per la salute; così come è vero che il medico, spesso, preferisce per sua natura (e per la spinta di altre correnti sottomarine) scegliere la risposta farmacologica (immunostimolante) piuttosto che quella "naturale" della convalescenza protetta.*

*Da parte sua, il sistema scolastico si premunisce contro questo rientro precoce, richiedendo il certificato del medico sulla natura della malattia progressa e sulla riammissibilità del bambino alla scuola; sicché il medico è richiamato in gioco su questo punto preciso; ma ancora una volta è spinto dalla stessa corrente sottomarina ad accettare, e magari a incoraggiare, questo rientro più precoce. Che porta alla fine delle fini a un tipo di "adultizzazione" del bambino, che per altri aspetti, riguardanti meno la salute e più l'autonomia e l'economia, rimane invece poi "infantilizzato" per tempi troppo lunghi.*

*È un argomento meno semplice di quanto possa apparire; perché sociologia e salute sono oramai (o da sempre?) troppo strettamente correlate. Spero di non aver chiuso, con questo mio approccio fatalista, una discussione che potrebbe essere fertile.*

F.P.

## Vaccino anti-pneumococcico: informazione o promozione?

Questo mio scritto non vuole essere un attacco alle ditte produttrici di farmaci (nella fattispecie alla Wyeth Lederle), anche perché è proprio grazie al loro impegno che il genere umano, a parte alcuni disastri farmaco-indotti, ha potuto migliorare le proprie condizioni di vita e controllare e sconfiggere un numero sempre crescente di malattie. È del resto ovvio che la ricerca ha un costo, e che le multinazionali del farmaco debbano essere poi gratificate nei loro sforzi e successi sia con il plauso e il ringraziamento dei fruitori dei loro prodotti sia con un ricavo economico. Di ciò non mi pare che nessuno debba scandalizzarsi, mentre penso che si debba riflettere, o comunque il medico debba saper leggere gli articoli, e decodificare gli interventi che ad essi rivolgono in una sorta di promozione più che di informazione scientifica. Personalmente pensavo che questo atteggiamento fosse scomparso dopo le tragicomiche promozioni di alcuni macrolidi risultati dei grossi bluff, ma evidentemente così non è. Ho voluto prendere in considerazione le "informazioni scientifiche" che in questi ultimi tempi si sono accumulate sulla mia scrivania sul

nuovo vaccino contro lo pneumococco, e solo due voci di dissenso o comunque di parziale correzione o riflessione. Le voci di riflessione sono l'articolo della Grandori apparso su *Quaderni ACP* di maggio-giugno 2001 e l'articolo apparso sulla pubblicazione dell'ASL di Verona, *Dialogo sui farmaci*, del maggio-giugno 2001. Gli articoli pro sono invece: 1. la *Monografia sulle Infezioni da Pneumococco* distribuita dalla ditta e suggellata dalla FIMP, dalla Società Italiana di Infettivologia Pediatrica, dal MOIGE; 2. la *Monografia di Prodotto* del Prevenar; 3. l'articolo tratto dal *Giornale Italiano di Infettivologia Pediatrica* 2001, 2; 4. il supplemento n.1 al n.1 vol. 10 del febbraio 2001 della rivista *Il Medico Pediatra*; 5. il volume V quaderno 3 del marzo 2001 del GIMMOC.

Ho letto e riletto soppesando le virgole, guardando le tabelle, cercando di cogliere l'importanza di ogni affermazione, cercando di fare anche delle valutazioni di farmacoeconomia. Le conclusioni a cui questa attenta lettura mi ha portato sono le stesse a cui giungono i due citati articoli di riflessione: insufficienza di dati sulla opportunità di inserire la vaccinazione tra quelle di massa dei nuovi nati italiani sia per la prevenzione delle infezioni invasive che delle otiti medie (forti dubbi sulla effettiva efficacia nella prevenzioni di queste ultime), e grosso passo avanti rispetto al precedente vaccino per la protezione dei bambini ad alto rischio di infezioni invasive da P., così come considerate dall'AAP e dai CDC. Ma a queste conclusioni sono arrivato attraverso una lettura attenta e meticolosa malgrado l'impressione che alcune affermazioni fossero messe in maggior risalto quasi a voler indirizzare l'attenzione del lettore. Ecco allora i dubbi e le perplessità che hanno suscitato in me la lettura dei lavori sopra menzionati:

- Come si può proporre una vaccinazione di massa quando in tutti gli articoli si dice che non esistono dati né sulla prevalenza delle infezioni sostenute dallo pneumococco né sulla circolazione dei sierotipi responsabili di tali quadri?

- Quando si presenta lo spauracchio delle resistenze agli antibiotici nei ceppi isolati durante il Progetto Hercules si dice e si enfatizza che sui 253 ceppi isolati nei 2082 soggetti sani solo il 30% ha dimostrato una piena sensibilità ai farmaci testati, ma forse poco si rimarca il fatto che il 100% rispondono alle vecchie amoxicillina e rifampicina e alla più giovane amoxi+clavulanico. Devo essere preoccupato della resistenza ai macrolidi? Ma perché? Mai tratterò uno pneumococco in prima battuta con un macrolide o con cotrimossazolo!

- La copertura del vaccino, intesa come protezione nei confronti dei ceppi di P. isolati più di frequente, sarebbe del 77,7%

nella fascia 0-36 mesi, e di 66,4% nei confronti della popolazione generale; rappresenta questo un ottimo risultato? Forse no, vista anche l'affermazione che studi clinici hanno poi dimostrato la capacità di evitare il 95% delle infezioni invasive sostenute dai ceppi contenuti nella formulazione in questione, ma rappresenta di sicuro una buona premessa perché la ricerca possa portare a migliori risultati.

- Le meningiti da P. rappresentano poi un problema numericamente rilevante nella popolazione 0-4 anni? I dati epidemiologici parlano di 309 casi segnalati nella popolazione generale nel 1999.

- Il 20% di OMA da P. eventualmente correttamente trattate con l'amoxicillina a 75/90 mg/kg die sono un problema?

- Affermare che vaccinare 500.000 nuovi nati in Italia al costo, per il SSN, di £72.000 a fiala per 4 dosi per un totale di 144 miliardi è conveniente, in quanto tale misura previene 70.000 casi di malattia da P., di cui solo 25 meningiti, risponde al vero? Forse no, in quanto risparmiare significherebbe per il SSN dover spendere a fronte di nessun intervento di tipo preventivo anche solo 5 lire in più dei 144 miliardi sopra conteggiati. Significa in soldoni che le otiti e le broncopolmoniti da P., la quasi totalità dei 70.000 casi di patologia che voglio prevenire, debbano "costare" ciascuna £2.057.000!

Ecco i miei dubbi e le mie perplessità che non riguardano una ditta, che ha fatto e farà ancora tanto per immettere sul mercato degli ottimi prodotti, ma piuttosto di coloro che, informando la classe medica dall'alto della loro fama scientifica o di rappresentanza di un'ampia fetta della pediatria, vogliono a tutti i costi suggellare e implementare il consumo di un prodotto con molti pregi ma con parecchie lacune, e che fa un vero e proprio lavoro di promozione economica. Di questo atteggiamento, che mi pare di cogliere dalla lettura dei lavori e dalle relazioni ai congressi di questi *opinion leader*, sono francamente sbigottito.

dott. Antonino Baio  
Pediatria di base, Dolo (VE)

*Le stesse considerazioni si potrebbero applicare anche alla vaccinazione anti-HiB, la cui indispensabilità è diventata, in tutto il mondo, un dogma acquisito, e sulla cui economicità a suo tempo Medico e Bambino aveva avanzato qualche perplessità, talvolta (forse giustamente) dalle cose, che camminano da sole e travolgono (appunto) le perplessità. La vaccinazione anti-HiB non previene, infatti, più meningiti di quante ne previene la vaccinazione anti-pneumo? Bisogna anzi riconoscere che la vaccinazione anti-pneumo (prescindendo*

*dai distinguo sulla circolazione dei sierotipi invasivi, che è più o meno eguale in tutto il mondo) previene sicuramente più malattie di quante non ne prevenga la vaccinazione anti-HiB: certamente la quasi totalità delle meningiti (che scomparirebbero, in pratica, dalla lista delle malattie pediatriche), molte polmoniti (certamente le più cattive), oltre a una bassa percentuale (ma a un alto numero assoluto) di otiti e di sinusiti, strettamente legate a ceppi poco invasivi. Anzi, se si collegasse la vaccinazione neonatale con anti-pneumo coniugato con la vecchia ma validissima (anche se non propaganda) anti-pneumo non coniugata 23-valente, da fare una volta sola al bambino dopo i tre anni, non si sarebbero quasi più indicazioni all'uso dell'antibiotico nelle infezioni respiratorie del bambino; e si entrarebbe in una nuova fase di pediatria senza infezioni.*

*Voglio dire, e non in disaccordo, anzi in pieno accordo con Lei:*

1. che si sta verificando una rivoluzione nella medicina, o almeno nella pediatria, probabilmente "buona", ma promossa dall'industria, non dai pediatri;

2. che questa rivoluzione, purtroppo, riguarda il mondo ricco, che ne ha un bisogno relativo, e non il mondo povero, dove sarebbe molto più "rivoluzionaria" e necessaria;

3. che, comunque, bisognerebbe sforzarsi di pensare con le nostre teste, anche a rischio di sembrare anticonformisti e conservatori.

*Infine, ma anche qui non per contraddire, giusto per essere obiettivi, cercherò di rispondere alle domande formulate nella lettera.*

*Non è esatto, a meno di non voler cercare il pelo nell'uovo, che non esistono dati epidemiologici, se non altro perché l'epidemiologia non è molto diversa nei diversi Paesi occidentali che sono candidati a beneficiare del vaccino (vedi il Digest nel numero di novembre di "Medico e Bambino" e le Novità nel supplemento a questo numero di dicembre).*

*È vero invece che il problema della resistenza alla penicillina non è ancora un problema italiano (tutti i ceppi resistenti alla penicillina sono sensibili all'amoxicillina) e che anche nel resto del mondo, forse con qualche eccezione (Francia), questo problema ha un impatto clinico limitato (vedi anche la Pagina Gialla di novembre e Novità in Pediatria Pratica dello scorso anno).*

*Le meningiti da pneumococco rappresentano un problema rilevante: tanto quanto come lo erano le meningiti da emofilo, che si spartivano con lo pneumococco metà a metà, i 4/5 dell'eziologia delle meningiti in quella fascia di età (il meningococco, per il quale pure si prepara il vaccino coniugato, ha una prevalenza che si spalma*

*su tutto l'arco dell'età pediatrica, fino e oltre l'adolescenza).*

*Le OMA non sono un problema, anche se un risparmio del 20% delle otiti sarebbe un bel risparmio, in numero assoluto, di malattie con indicazione (pur discussa) all'uso dell'antibiotico; e anche se, comunque, le rare mastoiditi da OMA sono tutte da pneumococco.*

*Infine, è più che giusto, doveroso, fare il calcolo della spesa. Ma credo di dover fare almeno una correzione (se sbaglio, me lo dica). Perché vengono ridotte a 25 le 309 meningiti (calcolo certamente in difetto) riportate qualche riga più sopra? In realtà le meningiti prevedibili e prevenibili sono almeno 300/anno, e probabilmente qualcuna di più. Un calcolo realistico (sull'epidemiologia del mondo occidentale, ma anche sui numeri del Friuli-Venezia Giulia) ne colloca la incidenza a 1/10.000 nati. Dunque, vaccinando 500.000 bambini (i nati in quell'anno) si risparmiano 500 meningiti (che si concentreranno quasi tutte nei 5 primi anni di vita). 500.000 vaccinazioni costano 144 miliardi; resta un costo di quasi 300 milioni per la prevenzione di un singolo caso di meningite, di cui la grandissima maggioranza (un punto mai sufficientemente considerato) guaribile senza esiti.*

*Questi sono dei numeri su cui si può e si deve ragionare (e su cui c'è anche spazio per ragionare). Ma molte Regioni sono già partite. Hanno fatto bene? Hanno fatto male? Hanno obbedito a una pressione popolare (che ancora non c'era e non c'è)? A una pressione degli opinion leader della pediatria locale? A alla pressione dell'industria? Si sono fatti i conti in tasca? Prevedono che dopo un anno di lauti guadagni il costo della vaccinazione calerà? Mi sono comunque convinto (dopo aver cercato, forse sbagliando, di combattere per un paio d'anni contro la accettazione generale e senza riserve del vaccino anti HiB, che comunque nel frattempo è alquanto calato di prezzo): che ci sono cose più forti della matematica; che, tutto sommato, è molto meglio spendere in vaccini che nell'abbattimento dei tralicci dell'alta tensione; che in un'Italia dove si parla seriamente di ri-sperimentare la cura Di Bella (Regione Lazio) sia ragionevole utilizzare vaccini già largamente sperimentati nel mondo; infine, che per ciascuno di quei 10, o 20, o al massimo 50 bambini che potessero avere dei postumi consecutivi alle 500 meningiti, si troverà sempre qualcuno che dice (e come umanamente opporgli?) che sarebbero comunque stati ben spesi i relativi 30 miliardi (se sono 10), o 15 miliardi (se sono 20), o 3 miliardi (se sono 50).*

*Grazie per la Sua lettera.*

F.P.