

Ancora a proposito di posizione supina e SIDS

Sul numero 3/2003 di *Medico e Bambino* abbiamo riportato, in una Lettera, i dati epidemiologici sulla posizione nel sonno di un campione di lattanti residenti nell'ASL 11, Regione Piemonte, rilevati mediante intervista in occasione delle vaccinazioni obbligatorie, a 3 e 5 mesi di vita, nel periodo di gennaio e febbraio 2002. In quella occasione abbiamo anche riferito degli interventi promozionali a favore della posizione supina messi in atto e ci promettevamo di confrontare i risultati in un campione analogo di bambini nati nel 2003.

I dati della prima rilevazione, "basale", e di un anno dopo, "post-campagna", sono riportati nella *Tabella* a lato.

Questi eccellenti risultati di efficacia sul campo nell'aumento della posizione supina sia a 3 che a 5 mesi di vita ci confortano e ci sostengono nel continuare nello sforzo di educazione sanitaria.

**Andrea Guala, Mario Cozzi,
Roberta Guarino, Società di Pediatria,
Ospedale di Borgosesia, ASL 11
Guido Pastore, Società di Pediatria,
Ospedale di Vercelli, ASL 11
Piero Bragazzi, Società di Igiene e Sanità
Pubblica, ASL 11**

Farmaci "à la carte"

Il desiderio di scrivervi mi è nato dalla lettura di un articolo del n.6 di *Medico e Bambino* intitolato "Probiotici ed eczema", dove il collega afferma: «Se dico alla gente semplicemente che deve avere pazienza, che poi con i mesi e gli anni l'eczema migliorerà, se non sentono e non pensano di stare facendo tutto il possibile, finisce che si mettono a fare il *medical shopping*».

Il guaio è che il collega ha ragione, ma proprio per questo noi dovremmo attivarci per ricondurre le persone con i piedi per terra, spiegando loro, perché no, che devono avere pazienza, che spesso le malattie guariscono anche senza farmaci, che è inutile accanirsi a cercare la medicina miracolosa (che tra l'altro prima o poi medici con pochi scrupoli propineranno loro).

Poco tempo fa ho visto dare, da un medico privato, cortisone per os per dieci giorni per un'acne neonatale.

Non più tardi di ieri ho visto prescrivere, da un ORL dell'adulto, per una stomatite, in un bambino di tre anni, Augmentin per dieci giorni, Niflam supposte, Sterimar e Turbinal spray nasale, Sucralfin buste, assieme al consiglio di effettuare, dopo 25 giorni, il tampone faringeo e gli esa-

RISULTATI DELLA CAMPAGNA A FAVORE DELLA POSIZIONE SUPINA		
	2002	2003
3 mesi di vita	183	164
Supino	114 (62,3%)	127 (77,4%)*
Fianco	56 (30,6%)	28 (17,0%)
Prono	13 (7,1%)	9 (5,6%)
5 mesi di vita	173	177
Supino	95 (55%)	132 (74,5%)**
Fianco	58 (33%)	29 (16,5%)
Prono	21 (12%)	16 (9,0%)

* p < 0,05; ** p < 0,01

mi ematochimici, per un'eventuale adenotonsillectomia.

Un altro esempio. Sempre un medico privato dell'adulto ha prescritto, a una ragazzina con tonsillite che poi ho scoperto essere da mononucleosi, dopo quattro giorni di inefficacia del Clavulin, Monocid i.m. + Macladin cpr per dieci giorni, e Bentelan R. Rivista dal medico dopo tre giorni per orticaria con edema di Quincke, veniva prescritto Bentelan R, Polaramin e Tavanic cpr (un chinolonico). Fortunatamente la ragazzina è sopravvissuta, e la madre mi ha detto che allo sfebbramento il medico aveva trovato finalmente l'antibiotico giusto(!).

Un ultimo esempio. Ho visto prescrivere da un ORL privato (diverso dal precedente), per una bronchite asmatiforme guarita con solo aerosol con broncodilatatori, Rocefin, Medrol (metilprednisolone), Nitossil e Supradyn per 30 giorni (il bambino di 11 anni era sovrappeso di 11 kg).

Aggiungo che in tutti questi casi le persone erano rimaste soddisfatte della visita e della terapia prescritta (evidentemente i suddetti medici "ci sapevan fare"). Solo alla prima persona (quella dell'acne neonatale) ho chiesto quanto avesse speso: 160 Euro.

Ho cercato di capire la mentalità di questi colleghi, a cui tante persone della mia zona si rivolgono privatamente, e, anche se per me è difficile comprendere poiché il mio atteggiamento è completamente all'opposto (mi faccio sempre tanti, troppi scrupoli), ho pensato che il loro comportamento possa essere causato da una sorta di compiacenza e di onnipotenza del medico che vuole dimostrare al paziente che la guarigione è avvenuta proprio grazie alla sua terapia (e più questa è pesante, più funziona). Come potrebbe il medico di cui sopra dire che l'acne neonatale guarisce da sola (oppure che non è di sua competenza, essendo un medico dell'adulto), e poi "spillare" i 160 Euro alla mamma?

Lo stesso discorso vale per la prescrizione degli antibiotici, che mi risulta essere in continuo aumento (insieme ai cortisonici), nonostante i bambini godano di buona salute, molto di più rispetto al passato, e nonostante la nostra preziosa EBM confermi che la maggior parte delle infezioni è di origine virale.

Personalmente, da quando uso con più oculatezza gli antibiotici, seguendo appunto le direttive dell'EBM (sono tornata a prescrivere in particolare la vecchia, cara amoxicillina), ho potuto vedere (distinguerne) risultati eclatanti e in meno di 24 ore, con grande soddisfazione di tutti (oltre a rischiare meno effetti collaterali).

Poco soddisfacente invece è il contesto in cui svolgo la mia professione, trovandomi quotidianamente a che fare da una parte con genitori che mi chiedono lo sfebbramento istantaneo (o addirittura la prevenzione della febbre, quando il bambino ha un raffreddore), dall'altra con colleghi poco ortodossi, che da questo stato di cose traggono vantaggi e quindi rinforzano questo atteggiamento (anche se, per fortuna, non rappresentano la maggioranza). So che non si tratta di un fenomeno circoscritto alla mia zona, ma in questo caso non mi sento di citare il detto "mal comune mezzo gaudio". E poi, come al solito, subentrano gli interessi economici dell'industria farmaceutica che così vende più farmaci, e del medico che, operando in modo disonesto, guadagna di più (anche se a volte può essere spinto dal desiderio di mettersi al riparo da remoti ma possibili coinvolgimenti medico-legali).

Così le persone sono sempre più disorientate, visto i messaggi contraddittori e devianti che arrivano loro; inoltre finiscono per avere un'idea completamente errata del concetto di prevenzione. Ecco che un lavoro che potrebbe essere "il più bel mestiere del mondo" (mi piace, ad esempio, fare educazione sanitaria) diventa, almeno per me, fonte di insoddisfazione e di frustrazione.

Penso che tutto questo sia una conseguenza (pur se paradossale) del benessere. In effetti un'analisi del problema è già stata più volte presentata dal Prof. Panizon, quando afferma, giustamente, che esiste un aumentato bisogno di sicurezza (indice di forte insicurezza) proprio nel momento in cui stiamo tutti molto meglio.

La conclusione di questa mia denuncia è che tutto sommato basterebbe poco per far andar meglio le cose: maggiore consapevolezza del nostro "ben-essere", un po' più di onestà da parte di tutti, e attenersi il più possibile all'EBM. Riusciremo mai a dare messaggi onesti e univoci alle persone, pensando finalmente prima di tutto al bene del bambino, senza "imbottirlo" di farmaci inutili e potenzialmente dannosi?

**Leda Guerra, Pediatra di base
Codigoro (FE)**

La questione dell'etica professionale ha a che fare con il livello etico del contesto. Ciascuno di noi sente il bisogno di approvazione; in un contesto in cui l'interesse è considerato la principale motivazione, l'unica questione su cui ci si può intendere, implicitamente ma anche esplicitamente, ogni singolo è spinto ad adeguarsi. E qualche volta è costretto a farlo, e ad addormentare la coscienza professionale. Pensi alla situazione ospedaliera. Non c'è oggi nessuna direzione sanitaria che non giudichi ogni unità operativa in base alla produttività, e la produttività viene misurata in danaro. In giornate di degenza, in ricoveri piuttosto che in Day Hospital, in Day Hospital piuttosto che in visite ambulatoriali, in numero di prestazioni effettuate, in ricoveri apparentemente più impegnativi, in diagnosi più "pesanti", dunque meglio retribuite. Sicché il medico d'ospedale (senza guadagno personale!) si sente costretto, per

lealtà all'ente di appartenenza, a dilatare la spesa (pubblica) in favore di un ente (pubblico) che dovrebbe essere valutato per quanto produce e risparmia e non per quanto fa spendere. Come la moglie che ruba nelle tasche del marito che a sua volta ruba nelle tasche della moglie. È il principio dell'aziendalizzazione, di cui anch'io sono stato un ingenuo fautore: troppo difficile da capire e da far capire, e troppo insulso, tuttavia, per essere mantenuto a dispetto del rigonfiarsi (preannunciato) della spesa. Mi sono lasciato andare, e sono apparentemente uscito dall'argomento: ma il punto su cui volevo soffermarmi era l'immoralità (implicita, e quindi nascosta) alla quale questo sistema ha piegato i migliori tra i medici ospedalieri, e ha prodotto (no, veramente, soltanto rinforzato e legittimato) una concorrenza ospedale-territorio, ovvero una corsa di entrambe le parti, verso prestazioni sempre più visibili, quindi sempre più costose.

Difficile che tutto questo non contribuisca ad alimentare un comportamento acquiescente alla legge di Mammona. Non lo dico per giustificarlo. Anzi, per ribadire quello che sento, e in parte so. Che alla fine della storia, ognuno finisce per essere giudicato (e per giudicarsi, nei limiti in cui questo è possibile), per quel che è. E ciascuno può ancora decidere, per sé, cosa vuole essere.

F.P.

La sindrome di Sotos

Sul numero di marzo 2003 della rivista, nella Rubrica iconografica, viene descritto un paziente affetto da sindrome di Sotos. Viene riferito, però, che l'eziologia è sconosciuta, e che i casi osservati permetto-

no di ipotizzare la possibilità di una trasmissione genetica autosomica dominante.

In realtà, sul numero di aprile 2002 di *Nature Genetics* (30:365) Autori giapponesi hanno descritto che l'aploinsufficienza del gene NSD1 (mappato in 5q35) è causa della sindrome. Su 42 pazienti con sindrome di Sotos "clinica" sono state identificate su uno dei 2 alleli 20 delezioni submicroscopiche, 1 mutazione non-sense e tre mutazioni che alteravano il codice di lettura, mentre in 18 non è stata trovata alcuna anomalia.

Il gene umano è lungo 8088 paia di basi; è suddiviso in 23 esoni ed è tradotto in una proteina di 2696 aminoacidi. La proteina è un recettore nucleare delle proteine nucleari che legano ormoni. Sono presenti 2 domini (NID1-, NID1+) con due funzioni repressore/attivatore che agiscono come fattori di controllo trascrizionale positivo o negativo; la loro attivazione dipende dal contesto cellulare e/o da altri geni regolatori (*Gene* 279:197,2001). NSD1 ha una funzione di co-repressore di geni che promuovono l'accrescimento; la sua inattivazione (e la produzione di una proteina non funzionante) fa quindi crescere di più.

Il coinvolgimento del gene NSD1 nella eziologia della sindrome di Sotos è stato anche recentemente confermato da Autori inglesi che hanno trovato 28 mutazioni su 35 pazienti studiati con sindrome di Sotos. Ma anche 3 pazienti con sindrome di Weaver (un'altra sindrome con iperaccrescimento) su 7 studiati sono stati trovati con mutazioni di NSD1 (*Am J Hum Genet* 2003;72:132). Ad aprile 2003 è stato poi dimostrato che l'origine parentale delle microdelezioni di NSD1 avviene preferenzialmente sull'allele paterno. Su 20 casi informativi, in 18 la microdelezione inte-

ressava l'allele ereditato dal padre e solo in 2 quello ereditato dalla madre. Inoltre i riarrangiamenti intracromosomici hanno permesso di dimostrare che la "mutazione" origina prima della fecondazione (*Am J Hum Genet* 2003;72:1331). Per concludere, si sta inoltre indagando anche sulla correlazione genotipo/fenotipo (*J Med Genet* 2003; 40:285), e in Italia è possibile rivolgersi per lo studio del gene NSD1 presso il Centro di Genetica Umana dell'Ospedale Galliera di Genova (dott.ssa Faravelli).

Andrea Guala, Roberta Guarino
Ambulatorio di Genetica Clinica
Ospedale SS. Pietro e Paolo
Borghesio (VC)

Medico e Bambino e F.P. ringraziano per il bel contributo di sapere. Affettuosamente

F.P.

Vaccinazione anti-pneumococcica

Da qualche mese la USL presso la quale opero propone il vaccino anti-pneumococcico coniugato: gratuitamente, ai bambini a rischio (secondo le indicazioni del Consiglio Superiore della Sanità), e a pagamento (con prezzo inferiore a quello ottenibile in farmacia), agli altri.

Tutti questi "altri" si rivolgono a me per decidere se fare o meno questa vaccinazione. Cosa consigliare? Esistono evidenze che dimostrino che valga la pena di vaccinare tutti i bambini? E se è così, perché non offrire il vaccino gratuitamente a tutti?

Vi ringrazio per il consiglio che vorrete darmi e per il prezioso aiuto che mi date tutti i giorni con la pubblicazione della Vostra Rivista.

Sandro Paoletti, Pediatra di Famiglia via e-mail

Se Le va bene, la risposta che darei ai miei immaginari clienti sarebbe la seguente: se a loro il prezzo pare equo, che lo facciano senz'altro; è un vaccino praticamente senza effetti collaterali ed efficace.

In altre parole, io considero che la vaccinazione debba essere intesa da ciascuno come una specie di assicurazione su rischi noti. Quanto sono disposto a pagare per evitare il rischio di una meningite pneumococcica (con meno di 500 casi/anno su 500.000 nati, con guaribilità senza esiti migliore del 95%) o di una polmonite (rischio 1/100, guaribilità 100%)? Penso che, nella nostra società benestante, e nel senti-

mento di sempre maggiore bisogno di sicurezza per il proprio figlio unico e/o arrivato in una fase molto tardiva del ciclo familiare, la grande maggioranza accetterà, come ha accettato in pratica negli Stati Uniti.

Altro discorso, più lungo e complesso, è quello di scaricare questa specifica spesa sul bilancio nazionale, tenendo conto dei numerosi, diversi bisogni della società.

F.P.

E ancora vaccinazioni

La recente proposta di un nuovo calendario di vaccinazione da parte del più importante sindacato dei pediatri di base piuttosto che dalle Istituzioni Sanitarie, ha suscitato molte discussioni e qualche polemica.

A qualche mese di distanza credo sia utile cercare di fare qualche pacata riflessione.

Una organizzazione sindacale della serietà e della organizzazione della FIMP ha sicuramente il diritto (o addirittura il dovere?) di occuparsi di temi culturali e di promuovere l'aggiornamento professionale dei propri iscritti, primo e principale strumento di miglioramento dei livelli assistenziali.

Avanzare proposte di interventi nel campo della Sanità Pubblica, anche quando questi possono sembrare ovvi e scontati, comporta un livello di valutazione, coordinamento, integrazione, che richiede l'intervento cooperativo di livelli e strutture superiori.

Il centro di ogni intervento è e deve restare il bambino; suo è l'interesse primario che occorre tutelare; questa tutela è fatta di scelte, per cui gli interventi sanitari devono essere quelli con maggiore evidenza di utilità (in termini di salute), che se ne può ricavare: un grosso investimento con un piccolo ritorno si traduce in una sottrazione di risorse meglio impiegabili.

I risultati migliori sono quelli che si possono ottenere attraverso la convinta cooperazione di tutti i soggetti che partecipano all'azione, per cui è indispensabile ottenerne la piena condivisione di obiettivi e metodi; la strada da percorrere quindi è quella del coinvolgimento e della discussione, non quella della comunicazione di una decisione presa altrove, altrimenti sarà l'ennesima replica di un film già visto: interventi "a macchia di leopardo" senza nessuna incisività (quando non con ricadute dannose).

E allora da iscritto FIMP, di nuovo senza alcuna dietrologia, voglio riproporre delle domande alle quali purtroppo non ho avuto finora soddisfacente risposta.

Per anni abbiamo avuto un atteggiamento "tiepido" dinanzi alle basse percentuali di vaccinazione contro morbillo e rosolia (rendendo possibile l'esplosione della recente epidemia); ora c'è all'improvviso un interessamento improrogabile al tema delle vaccinazioni; ma perché mettere la stessa enfasi (se non addirittura maggiore) nella "spinta" per i nuovi vaccini rispetto a quella per MPR?

Perché questa promozione non è rimasta in un ambito solo culturale (corretta informazione degli iscritti sui benefici ipotizzabili sul singolo bambino), ma è stata automaticamente tradotta in una forte pressione politica per cercare di determinare un orientamento di scelte vaccinali per una intera popolazione sana (o una sua frazione), invadendo così il campo della Sanità Pubblica che segue logiche spesso diverse da quelle della protezione individuale?

Perché in questa operazione, invece di cercare il coinvolgimento, sono stati scavalcati sia le Istituzioni (accusate forse con qualche ragione di immobilismo culturale) che i colleghi della Sanità Pubblica che saranno comunque inevitabilmente coinvolti nella fase di realizzazione pratica del progetto?

Perché la fretta delle conclusioni, dando il via a questo progetto, appena si è avuta la disponibilità materiale dei vaccini senza aspettare dati epidemiologici più indicativi e *indipendenti*?

Perché non rispettare i tempi e le tappe dovuti perché un intervento sia corretto e ben ponderato, impegnandosi quindi piuttosto alla promozione di ricerche *indipendenti* per la conferma dei dati epidemiologici disponibili?

Soprattutto: perché questo atteggiamento di scarsa disponibilità alla critica esterna ma anche interna? Non voglio fare la morale a nessuno, ma guai ad abbandonare un costume di scetticismo scientifico.

Voglio concludere sperando che ci sia ancora tempo e voglia di tornare sui propri passi per affrontare un riesame della situazione confrontandosi con gli altri; mantenendo inalterato l'orgoglio di aver gettato un sasso nello stagno, di aver avviato un dibattito e un approfondimento sicuramente utili per giungere a una scelta veramente cosciente, scientifica e condivisa, ma aprendosi all'apporto fondamentale di chi si occupa degli stessi problemi ma con ottiche diverse.

La FIMP ha dentro di sé le energie, la cultura, l'organizzazione per fare tutto questo; a mio parere il migliore dei servizi che possiamo oggi offrire ai nostri bambini.

Rosario Cavallo

La mia opinione personale, se ce ne fosse bisogno, è espressa nella risposta che ho dato prima al dottor Paoletti.

Aggiungo alcune considerazioni generali. La questione della vaccinazione per il morbillo, e quindi dell'estensione a tutto il territorio nazionale, non è in alcun modo paragonabile a quella per l'emofilo B o il pneumococco. Nel caso del morbillo ci troviamo di fronte a una malattia ad alta contagiosità, con un rischio di complicanze incurabili (encefalite da 1/1000 a 1/2000), un numero molto maggiore in assoluto, per la popolazione esposta rispetto al rischio di meningite, comunque curabile. Nel caso del pneumococco ci troviamo di fronte a malattie a bassa contagiosità, curabili, praticamente senza ricadute sulla salute pubblica. L'incidenza della patologia invasiva da pneumococco è omogenea in tutto il mondo ricco (bassa) e in tutto il mondo povero (altissima).

Non ci si può aspettare novità da un approfondimento sulle epidemiologie regionali e nazionali. Il calcolo economico costi/benefici è di solito artificioso, da esperti non esenti da pressioni, assolutamente non trasferibile da un Paese senza

Sistema Sanitario Nazionale (Stati Uniti) a un Paese che ce l'ha ancora.

È giusto discuterne pubblicamente, pensarci su, elaborare un proprio pensiero (che sarà peraltro difficile che venga condiviso dalla maggioranza degli interessati), ma credo che l'organo deputato debba essere considerato, anche se non sempre ideologicamente neutrale, l'Istituto Superiore di Sanità. Altrimenti si arriverà allo scandaloso comportamento del servizio pubblico (RAI) di profonda e colpevole disinformazione sulle indicazioni del vaccino anti-influenzale.

F.P.

E la vaccinazione anti-influenzale?

Date le previsioni catastrofiche che si leggono nei quotidiani e si sentono nei telegiornali, in questi ultimi giorni, su: Pericolosità del virus *Victoria*, numero di individui colpiti dalla influenza, gravità dell'infezione (da dove mai prendono queste informazioni e su quali dati sono fatte

queste previsioni?), da cui consegue il consiglio, anzi molto più di un consiglio, di vaccinare tutti i bambini da 0 a 5 anni che frequentano l'asilo nido e la scuola materna.

Quanto vi è di suggestione commerciale e quanto di reale necessità?

Naturalmente vaccineremo, come sempre, i bambini compresi nelle riconosciute categorie a rischio.

Rosanna Casellato, Pediatra

Vorrei conoscere il vostro parere sulla campagna (dis)informativa che da parecchi giorni imperversa sui vari media circa l'indicazione di vaccinare i bambini per l'influenza. I toni di tale campagna sono quasi terroristici e le mamme si rivolgono a me in qualità di pediatra di base per consigliarle sul da farsi. La mia posizione è stata ed è quella che sia sul *Red Book* che il Ministero della Salute hanno portato avanti e cioè vacciniamo le classi a rischio. Il sospetto, oserei dire la mia certezza, è che ormai la spinta delle ditte produttrici è tale da avere scardinato il buon senso e forse anche l'onestà scientifica di

molti *opinion leader*. Allora vi faccio una domanda secca a cui spero mi risponderete dall'alto delle vostre conoscenze e della vostra integrità: la mia posizione prima riportata è corretta o devo, per il bene dei miei piccoli pazienti, uniformarmi a quanto i vari Professori di turno dicono sui media e far vaccinare tutti?

**Antonino Baio, Pediatra di base
Dolo (VE)**

Caro dottor Baio,

mi scuso molto per il ritardo con il quale Le rispondo. I media sono colpevoli, colpevolissimi, ma devo dire che l'input è venuto loro dalla pediatria, anzi da un'intervista con il Presidente della sua Società più rappresentativa. Si è trattato sicuramente di un innocente svarione, sbaglia anche il Papa a dir messa, ma anche l'innocenza a volte è pericolosa. Anche alcune affermazioni del ministro, come sono state pubblicate dalla stampa, possono essere risultate ambigue, per quel che riguarda i bambini, anche se una lettura più attenta permetteva di capire bene (per i pediatri, un po' meno per le mamme) che i bambini da profilassare sono quelli a rischio, assai pochi se non pochissimi, poco più che quelli con fibrosi cistica o con difetti delle ciglia, o con displasia polmonare, o con cardiopatia non operata. Anche la dichiarazione del nuovo presidente della SIP, che attribuisce al pediatra il potere decisionale, sebbene ineccepibile, non riduce né la confusione né la pressione dei genitori (che forse però, se tutto va a ondate come spesso succede, si sarà già spenta).

Sa, la mia risposta è molto poco dotta, ed è:

- a) che non c'è dubbio sulla giustezza della Sua posizione;*
- b) che io sono sempre stato, e sono dell'opinione che si debba cercare e, quando possibile, anche produrre, una linea comune dei pediatri, che faciliti la scelta a ciascuno; e anche (sebbene io sia un bastian contrario) che è bene avere, nei riguardi di questa linea comune, un minimo di doveroso consenso e disciplina, nell'interesse di tutti e in primo luogo della salute (anche mentale) di tutti i soggetti;*
- c) che ciascun medico ha l'occasione, in questa circostanza, di scambiare con la mamma le conoscenze e le opinioni, imparando qualcosa da lei (cosa che succede molto spesso) e consigliandole esattamente*

quello che consiglierebbe per suo figlio o per suo nipote. Io credo che far capire alle mamme che esiste una verità scientifica, sempre imperfetta perché sempre perfettibile, ma che risponde ai problemi sulla base delle conoscenze disponibili, sia uno dei compiti di ogni operatore della salute, anche del pediatra.

Mi scusi se alla domanda secca non ho risposto in maniera altrettanto secca.

F.P.

La rivista "Medico e Bambino" ritiene che la presa di posizione del presidente della SIP Friuli-Venezia Giulia, Dott. Dino Faraguna, in merito alla vaccinazione anti-influenzale, qui di seguito riportata, sia pienamente condivisibile, in quanto argomenta in modo chiaro le ragioni che al momento non consigliano la vaccinazione di massa dei bambini di età inferiore a 5 anni. Ogni decisione è rimandata a una scelta individuale della famiglia e del pediatra di famiglia. Fortemente raccomandata è la vaccinazione nelle categorie a rischio.

M&B

Vaccinare tutti i bambini sani per l'influenza? Perché? Numerosissime telefonate ai pediatri di famiglia, ai dipartimenti di prevenzione, agli uffici di vaccinazione, agli ospedali, hanno seguito la notizia trasmessa da TV e quotidiani nazionali nei giorni scorsi, riportata dal Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria.

Peraltro il resoconto non è completo e non analizza le reali raccomandazioni che derivano dai dati scientifici e merita una informazione più dettagliata, proprio per l'interesse che la notizia ha suscitato in genitori e nonni.

Il dato certo riguarda l'opportunità di vaccinare tutti i bambini con una malattia cronica che potrebbe aggravarsi qualora il bambino si ammalasse anche di influenza. Ma questi bambini sono pochi, e i loro genitori e i loro pediatri sono certamente già informati dell'utilità di questo intervento, raccomandato dalla Circolare del Ministero della Salute sul vaccino per l'influenza.

Al contrario, la necessità di vaccinare tutti i bambini sani per l'influenza non è mai stata dimostrata, neanche dalle aziende che producono i vaccini, cioè non ci sono evidenze scientifiche che dimostrino l'utilità di una vaccinazione di massa per

l'influenza. Soprattutto non bisogna pensare che questa vaccinazione possa prevenire le cosiddette "malattie influenzali" del bambino, cioè quelle che danno febbre, tosse, catarro nell'età della scuola materna, che si ripetono frequentemente durante la stagione invernale, ma che sono causate da virus diversi dal virus dell'influenza. Il vaccino per l'influenza funziona, ma previene solo l'infezione da virus influenzale.

La decisione di vaccinare un singolo bambino deriva da molti fattori che possono essere giudicati dal suo medico curante, ma si tratta di una misura individuale, non di un intervento sistematico di salute pubblica, e certamente ogni pediatra di famiglia saprà proporre il vaccino nelle situazioni in cui lo riterrà conveniente per quel bambino e per quella famiglia.

Un altro equivoco può essere emerso dalla notizia che vaccinando i bambini si proteggono anche gli anziani che vivono con loro o che li incontrano spesso: nonni, zii, familiari, amici. È una notizia vera, ma l'entità della protezione è modestissima e soprattutto può ingenerare la convinzione che sia un modo per proteggere gli anziani, mentre è evidente che l'unico modo per proteggerli è vaccinarli direttamente, come previsto dalla Circolare Ministeriale che propone la vaccinazione per tutti coloro che abbiano compiuto i 65 anni e non la propone per i bambini sani. Questa volta meglio la Circolare del Ministero che il resoconto del Congresso.

Oggi, se vogliamo proprio sottolineare una necessità di vaccinazione di massa, dobbiamo ricordare la campagna nazionale per la vaccinazione per il morbillo e la rosolia, attualmente avviata dal Ministero della Salute, e che prevede una seconda dose di vaccino all'età di 6 anni, indispensabile per eradicare il morbillo anche nella nostra Regione, nella quale la percentuale di vaccinati all'età di 15 mesi è elevata, ma non sufficiente a ottenere una protezione della popolazione pediatrica da questa malattia che può essere causa di gravi complicanze e decessi, come testimoniato dall'epidemia che ha colpito le Regioni del Sud Italia lo scorso anno.

Infine, la SARS non c'entra niente.

Dino Faraguna
Presidente della Società Italiana di Pediatria
Friuli-Venezia Giulia

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Brescia, 16-17 aprile 2004

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Il Comitato editoriale di *Medico e Bambino*
e L.D. Notarangelo, Brescia

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE sas

via S. Caterina da Siena n. 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590;
e-mail: info@quickline.it

