

Lettere

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.

Quando il meglio può essere nemico del bene (i latti low-cost)

Nel saggio di Marco Bobbio "Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza" (Einaudi 2004), l'Autore scrive a proposito del rapporto tra medici e industria "la promozione è una scienza sofisticata che viene applicata in modo sistematico da tutte le industrie attraverso adeguate strategie di comunicazione e non si limita a convincere un medico a scrivere su una ricetta un determinato nome commerciale, ma adotta strategie lunghe, ben studiate e bilanciate".

Quanto è successo recentemente in Italia con il prezzo dei latti per l'infanzia ricorda la strategia commerciale sopra riportata.

Le aziende che hanno commercializzato i latti a basso costo hanno iniziato a programmare il prodotto con largo anticipo prima del lancio, quando ancora nessuno in Italia parlava o esprimeva ad alta voce il problema "prezzi". Le vendite di latte artificiale sono passate da 7.843.637 tonnellate nel 2002 (di cui 1.388.288 nella grande distribuzione) a 9.246.580 nel 2005 (di cui 3.038.545 nella grande distribuzione). Questo dato suggerisce una lettura in positivo: l'aumento dei latti di tipo 2 indica un minor ricorso al latte vaccino nel 2° semestre di vita, reso possibile grazie alle campagne di educazione sanitaria sia alla riduzione dei costi. Tuttavia, le vendite dei latti di tipo 1 sono passate da 2.862.784 tonnellate (di cui 195.457 nella grande distribuzione) nel 2002 a 3.299.450 (di cui 649.218 nella grande distribuzione) nel 2005. Questi dati sottolineano come, a fronte di un moderato aumento del numero di nati (da circa 530.000 nel 2002 a poco più di 560.000 nel 2005), si sia osservato un rilevante incremento delle vendite, specie nella grande distribuzione.

Di fronte a questi dati resta difficile non domandarsi se la riduzione del prezzo dei latti non abbia in qualche modo interferito con la politica di educazione alla genitorialità, riguardante l'alimentazione al seno.

Recentemente Wright e Waterston (*Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2006;91:383-5) hanno rimarcato che l'allattamento al seno riduce la morbilità e la mortalità infantile non solo nei Paesi a basso reddito ma anche in quelli ad alto reddito, e che in questi ultimi la probabilità di essere allattati al seno è positivamente correlata con lo status sociale della famiglia, aggiungendo co-

si vantaggi a vantaggi e allargando le disparità sociali.

Nel 2005 la percentuale dei bambini nella ASL 11 Vercelli, Piemonte (circa 1000 nati/anno), allattati artificialmente, in modo esclusivo o complementare, è aumentata rispetto al 2004 sia a 3 mesi (rispettivamente 47% versus 38%) che a 5 mesi (rispettivamente 57% versus 43%) e nei primi mesi del 2006 abbiamo osservato un ulteriore aumento, seppur limitato, ai latranti di 3 mesi: oltre la metà (55%) era alimentata con il biberon (LA esclusivo + complementare). Nulla nella nostra realtà locale è apparentemente cambiato: l'ambulatorio infermieristico che ogni giorno fornisce sostegno alle mamme che allattano al seno è sempre più frequentato e i corsi di massaggio infantile (che sicuramente aiutano a rafforzare il rapporto di coppia madre-figlio) sono passati da 4/anno nel 2003 a 10/anno nel 2004 e 2005. La riduzione dell'allattamento materno è stata confermata anche da altri colleghi piemontesi attenti a questa problematica e un intervento del Prof. Ventura in occasione dell'incontro "10 anni di pediatria", svoltosi a Palermo nel marzo 2006, ha evidenziato come le vendite di latte artificiale siano in aumento nel Friuli Venezia-Giulia.

Riteniamo che la condivisibile campagna dell'opinione pubblica rivolta a calmierare il mercato dei latti, anomalo rispetto a quello europeo, possa aver fatto passare il messaggio che il latte artificiale fosse simile a quello materno e ora, che è diminuito di prezzo, anche interscambiabile. Infatti, se prima uno dei principali limiti dell'allattamento artificiale percepiti dalla famiglia era il costo elevato, ora questo fattore ha perso la sua rilevanza.

Il Ministro della Salute ha agito con i migliori intenti, ma forse i risultati ottenuti non sono stati quelli attesi. A queste conclusioni peraltro era già arrivato il governo degli Stati Uniti che aveva interrotto il programma di fornire latte artificiale gratuitamente alle famiglie indigenti per l'effetto negativo sull'allattamento al seno (www.fns.usda.gov/wic) e anche l'Accademia Americana di Pediatria ha recentemente riconosciuto che i buoni per la donazione o l'acquisto scontato di latte artificiale sono tra gli ostacoli all'inizio e alla continuazione dell'allattamento al seno (*Pediatrics* 2005;115:496).

La vendita di latte artificiale al di fuori del canale delle farmacie, se da un lato ha svolto un ruolo importante nella riduzione

del prezzo, ha lasciato le famiglie ancor più in balia del gioco dei mercati. Noi pediatri, convinti della superiorità dell'allattamento materno, dobbiamo adesso rimboccarci le maniche e proseguire sulla nostra strada di promozione dell'allattamento al seno.

Guido Pastore, Andrea Guala
SOC Pediatria, Ospedale SS. Pietro e Paolo,
Borgosesia, ASL 11 Vercelli
Regione Piemonte

Pastore e Guala si chiedono, in un quadro complesso in cui si intrecciano le strategie di marketing dell'industria farmaceutica e alimentare, i benefici - se ne individuano sempre di nuovi - dell'allattamento al seno e le carenze nel nostro lavoro a sostegno di quest'ultimo, se la riduzione del prezzo dei latti artificiali stia contribuendo a una riduzione dell'allattamento materno. Certo siamo di fronte, sulla base dei dati (quantitativi, il fatturato complessivo indica invece una riduzione di circa il 3% dal 2005 al 2006) sulle vendite di sostituti del latte materno, a un sicuro aumento della quantità di latte venduta, che riguarda prevalentemente i latti di tipo 2, ma anche quelli di tipo 1 (l'aumento per il tipo 1 è in media di circa il 15% in tre anni, mentre l'aumento dei nuovi nati è pari a circa il 6% nello stesso periodo). È meno certo che i dati riportati dai colleghi riguardanti l'allattamento al seno nella loro Azienda - in verità preoccupanti (sempre che le definizioni e i metodi utilizzati nelle rilevazioni seriate siano gli stessi, cosa che spesso difetta nelle rilevazioni sull'allattamento al seno) - rispecchino una realtà nazionale. I dati disponibili relativi all'Italia dimostrano che il trend in aumento registrato negli ultimi 6-7 anni sembra affievolirsi, in qualche caso arretrarsi, in qualche caso dimostrare una inversione di tendenza. I dati più precisi di cui disponiamo riguardano il FVG e dimostrano realtà diverse per ogni azienda, con un dato complessivo che potrebbe suggerire un inizio di inversione di tendenza. Ora, l'aumento nelle vendite di latti, soprattutto di tipo 2, ma anche in minor misura di tipo 1, non implica automaticamente che si usi latti di meno. Potrebbe significare che si usa più latte "adattato" piuttosto che latte vaccino diluito (il che non è affatto male), o che l'uso di altri alimenti sia diminuito o ritardato (il che non è necessariamente negativo). I margini entro i quali un aumento significativo delle vendite di latti di tipo 1

può non implicare una riduzione della prevalenza dell'allattamento al seno sono ristretti a questo fenomeno, all'aumento dei nuovi nati (limitato al 2-3% annuo) e all'aumento dei nuovi nati da famiglie immigrate (che, sia pure con grandi differenze tra provenienze diverse, tendono ad allattare di meno). Resta, quindi, soprattutto valida l'ipotesi che la diminuzione del prezzo abbia inciso per una certa quota sull'allattamento al seno. Probabilmente ci vorrà ancora un anno per saperlo con certezza, e una indagine più specifica ad hoc per sapere per quali donne, e attraverso quali meccanismi, la diminuzione del prezzo dei lattini abbia comportato un più precoce abbandono dell'allattamento: va valutato l'atteggiamento dei pediatri, ma anche quello degli stessi farmacisti (alcuni dei quali - mi si dice - sono azionisti dell'industria dei prodotti alimentari per l'infanzia!) e, come suggeriscono i colleghi, l'adeguamento delle strategie di marketing da parte dell'industria. Certamente sarebbe un "effetto collaterale" della riduzione del prezzo (che è cosa ben diversa dalla donazione e dei "buoni latte") alquanto indesiderato, ma che non credo debba mettere in dubbio l'utilità della campagna stessa, o addirittura suggerire una "milk tax", così come per l'alcol o il tabacco. Non dimentichiamo che sono le donne meno educate che allattano di meno, e dunque alla perdita dei benefici dell'allattamento per loro si aggiungeva anche quella del costo esorbitante dei lattini artificiali.

La conclusione in ogni caso resta quella suggerita dai colleghi: occorre rimboccarsi le maniche. Se l'allattamento al seno segna il passo, dopo un decennio di progressi, è comunque il caso di riprendere l'iniziativa e di correggere il tiro: ad esempio, mentre nella promozione dell'allattamento al seno si sono fatti grandi passi avanti, nel soste-

gno e supporto alla prosecuzione dello stesso, che richiede altre conoscenze tecniche, altre misure di protezione, una attitudine per il lavoro con le madri, un maggiore supporto dei padri e dei familiari, siamo ancora molto carenti. E questo è ancor più vero per le madri più povere e le madri immigrate (in aumento).

Giorgio Tamburlini

Problemi scolastici e privacy

Nella sua lettera (*Medico e Bambino*, maggio 2006, pag. 287) il dott. Alibrandi lamenta che, direttamente o indirettamente, l'attenzione alla "privacy" avesse reso difficili i rapporti tra insegnante e pediatra.

Mi sembra interessante segnalare quanto è stato concordato a Verona tra scuola (Centro Territoriale per l'integrazione) e ASL 20 (Pediatri di famiglia, Neuropsichiatria Infantile e Servizio di Riabilitazione). Ricordo che con l'autonomia scolastica più circoli didattici si possono coordinare, in particolare per quanto riguarda l'integrazione tra loro e con i servizi sociali e sanitari.

In base al nostro protocollo di intesa si prevede che:

1. All'atto dell'iscrizione alla scuola dell'infanzia e primaria venga richiesto al genitore di indicare il pediatra o medico di medicina generale a cui è iscritto il bambino. Questo permetterà un eventuale contatto in caso di necessità.
2. Il pediatra, interpellato dalla scuola, fungerà da primo filtro per un inquadramento della problematica rilevata. Spetterà al pediatra l'eventuale invio al secondo livello o una semplice restituzione alla scuola in base alla sua valutazione. Il pediatra coinvol-

gerà la famiglia in questo percorso e sarà il tramite con la scuola e i servizi attivati.

Mi è sembrato utile riferire questa esperienza concreta, pur con i suoi limiti e i suoi margini di miglioramento, perché rappresenta un possibile modello realizzabile in altre realtà.

Non posso concludere questo breve intervento senza sottolineare che una maggiore formazione è indispensabile affinché il Pediatra di famiglia sappia inquadrare e supportare le problematiche comportamentali e di apprendimento che si rendono particolarmente evidenti a scuola.

Michele Gangemi

Più che di una "esperienza concreta" mi sembra una buona "dichiarazione ufficiale di intenti". Non sappiamo cosa abbiano poi fatto, di queste raccomandazioni, nei fatti, gli attori non immaginari, cioè gli insegnanti, i medici, i genitori, e cosa ne sia nato. Come sempre, speriamo in bene.

Franco Panizon

Obesità: studiare e/o prevenire

Il tema dell'obesità, della sua prevenzione e della sua cura, ma, aggiungerei, della sua comprensione, è diventato uno dei grandi temi della pediatria. Mi riferisco anche alla corrispondenza (*Medico e Bambino* 2006;25:84) che appare su queste pagine. Mi fa piacere comunicarle che con un gruppo di pediatri di famiglia di Ravenna, in collaborazione con colleghi psichiatri e psicologi dell'Ambulatorio Multidisciplinare dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) della nostra AUSL, abbiamo effettuato uno studio

PHYSIOMER®

Il lavaggio nasale dinamico

**Neonati e bambini
sino a 2 anni**

Getto Nebulizzato



**Adulti e bambini
oltre i 2 anni**

Getto Normale





100%
Senza Alcol

Soluzione sterile ed isotonica di acqua di mare

Per l'igiene quotidiana del naso, nelle riniti, riniti allergiche, rinosinusiti, rinofaringiti.

www.automedicazione.it



100%
Senza Alcol

Soluzione sterile ed isotonica di acqua di mare

Physiomer, soluzione isotonica e sterile di acqua di mare, non contiene gas propellenti né conservanti

sanofi aventis

È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le istruzioni d'uso.

Lettere

di fattibilità sui fattori di rischio per il disturbo dell'immagine corporea, DCA e obesità in età evolutiva.

I risultati sono stati presentati, per ora solo in forma di abstract, all'ultimo Convegno della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, a Verona, il 2-4 marzo 2006. Il lavoro definitivo è in fase di elaborazione.

Il questionario KEDS (Kids, Eating Disorders Survey), nella sua versione in italiano elaborata dal Prof. M. Cuzzolaro e collaboratori nel 1995, strumento che misura i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento psicologico del bambino rispetto al peso e al cibo, è stato somministrato a 210 bambini di età compresa tra 8 e 14 anni, essendo, nella stessa popolazione, valutato lo stato clinico e parametri auxologici quali il peso, l'altezza e l'indice di massa corporea (BMI). Abbiamo rilevato, oltre alla evidente capacità della popolazione di questa età ad avere un'esatta cognizione dell'immagine corporea propria, così come dei modelli di riferimento, molto sinteticamente quanto segue: a) il 9,1% della popolazione di questa età ha BMI >25; b) prevalente positività di immagini corporee di riferimento "più magre" (anche tra i normopeso), più accentuata tra le femmine e massima in età tra 12 e 14 anni; c) nessuna attitudine, da parte della popolazione di questa età, a utilizzo di presidi (diuretici e lassativi) volti a perdere peso, probabilmente anche per il loro non facile accesso data l'età; d) presenza di vomito autoindotto nel 5% dei bambini obesi, ma anche nel 2% dei normopeso, con tendenza alle abbuffate maggiore nei soggetti obesi rispetto ai normopeso (20%vs10%).

La valutazione della percezione dell'immagine corporea nell'infanzia può essere un modo per cogliere eventuali disagi che possono riflettersi sui disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità). Lo studio effettuato aveva soprattutto lo scopo di valutare la fattibilità dello stesso, e devo affermare che è stato accolto molto favorevolmente dai genitori e dai bambini ai quali era illustrato, con il massimo di adesione. Le informazioni che sono giunte e quelle che potremo raccogliere da uno studio più allargato, in fase di progettazione, con una valutazione più ampia di elementi relativi alla obesità (es. evoluzione nell'accrescimento degli obesi nei primi sei anni di vita, correlazione con il BMI dei genitori), credo potranno portarci dati utili a quella che nell'epistolario citato, il prof. Panizon definisce "intercettazione del fenomeno", già nel corso della scuola dell'obbligo. Questo è tanto più importante se si considera che obesità e DCA possono essere epifenomeni di disagi a evoluzione ben più importante e negativa in epoca

adolescenziale, quali anche l'abuso di alcol o droghe.

Ringraziandola per la sua costante e magistrale presenza nel panorama pediatrico italiano, la saluto distintamente.

Alfredo Di Caro
Pediatra di famiglia, Ravenna

Cosa stia dietro e cosa stia davanti, nella mente, al fenomeno della obesità, sia in termini personali che in termini socio-demografici, è certamente interessante; è però altra cosa rispetto all'impresa di intercettare il fenomeno. L'intercettazione del fenomeno è una cosa più elementare, ma anche più complessa, meno sottile, ma non meno impegnativa; richiede, almeno tentativamente, una presa di coscienza, a livello personale e generale del problema, e un intervento PRIMA DELLA SCUOLA DELL'OBBLIGO, un "avviso" alla famiglia, quando i geni e l'ambiente cominciano a manifestare il loro effetto, nel bambino di 2, 3, 4 anni, ridente, fiorente, allegro e naturale consumatore di calorie. È sicuramente un impegno "contro" (contro natura, contro le circostanze, contro il benessere, contro la modernità, contro i desideri). Non sono nemmeno del tutto certo che debba essere fatto, e se non possa risultare peggio del meglio, come il prezzo del latte. Ma, per mio figlio, per mio nipote, e dunque per i miei ipotetici pazienti, lo farei.

Franco Panizon

Nati di 23 settimane: "cifre alla mano"

Nella sua lettera pubblicata su *Medico e Bambino* di maggio, a pag. 286, Demarini (che sui nati di 23 settimane mi richiama a discutere "cifre alla mano") ricorda sicuramente come a Udine e a Trento si sia coltivata fin dagli anni '70 una "cultura dei numeri e del confronto", per cui ogni caso di morte o di handicap veniva registrato, misurato, discusso. L'epidemiologia è alla base della *care*, si diceva: non si può "fare *care* senza valutazioni di efficienza".

Negli anni '70 si discuteva sui limiti di intervento a 1000 g/28 settimane; negli anni '80 il limite era a 26 settimane; ma solo negli anni '90 abbiamo cominciato a veder sopravvivere i nati a 23-25 settimane. Al Convegno di Varese (30.10.1997), Udine e Trento presentavano quattro casi di sopravvissuti a 23 settimane. Udine, come Trento, era "contro l'intensivismo a oltranza, con verifiche individuali momento per momento".

D'accordo allora, d'accordo oggi. In sa-

la parto, anche secondo l'ultima stesura della Carta di Firenze, si debbono rianimare i nati a 23 settimane solo "se mostrano capacità di sopravvivenza"; mi sembra quindi accettabile e ragionevole una mortalità in sala parto del 40-50% (46% nello studio di Marlow Epicure, UK 1995, preso come basilare anche da Demarini).

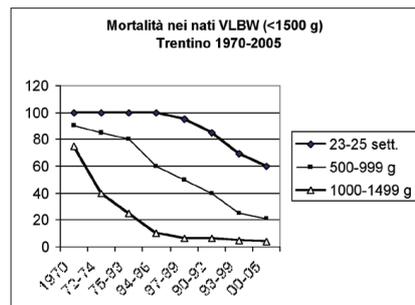
È da qui che cominciamo a discutere, da quando si iniziano cure intensive. La mortalità in Terapia intensiva (NICU) dei nati a 23 settimane è attorno al 40-50% (44% in Epicure). Siccome Epicure è "dato", come s'è detto nell'Assemblea SIN di Montecatini, occorrerà valutare altra letteratura. Tra l'altro, i tassi di mortalità nel Regno Unito non sono esemplari (nettamente peggiori rispetto a stati scandinavi e perfino rispetto all'Italia).

È certamente fondamentale seguire il destino dei pochi sopravvissuti: in *Epicure Come Overall Disability* vengono riportati esiti gravi nel 25% dei ricoverati (ed esiti moderati nel 38%); O'Shea (1997) riporta un 21%. Marlow stesso cita un lavoro svedese (1990-92) che riporta il 14% di danni gravi a 23-24 settimane.

Secondo me è accettabile che sia trattato in NICU un nato di 23 settimane "con possibilità di sopravvivenza" al 60% e col rischio di danni gravi del 20-25%, così come si interviene in casi ad altissimo rischio di ernia diaframmatica o di gemelli siamesi o di incidenti in cui i rischi siano a quei livelli. Secondo olandesi e svizzeri no, seguendo principi di etica utilitaristica. Il ragionamento non mi pare diverso da quello che facevamo negli anni '70 sui nati di 1000 g.

Chi tratta i nati a 23 settimane trova sostegno in molta letteratura. Dopo una esauriente rassegna, Byrne (*Clinics in Perinatology* - 1.2006) conclude che può essere indicata la rianimazione solo dopo le 22 settimane. Carrapato parla di "open game" a 23-24 settimane ("zona grigia", si diceva nel 1992). Come detto, la Carta di Firenze (terza stesura, su cui concordo) suggerisce di intraprendere la rianimazione a 23 settimane, se c'è "capacità di sopravvivenza".

Ho contestato la prima stesura di que-



sta Carta, quando si affermava che “non vi sono evidenze scientifiche per rianimare a 23 settimane”. Le “cifre” ci dicono che - dopo le difficili ma inevitabili scelte in sala parto - i nati assistiti sopravviveranno al 50-60% e al 75% saranno sani o con handicap accettabili. D'accordo con Demarini: le probabilità non sono “molte”, ma nemmeno insignificanti.

In molti stati, perfino in Portogallo, le società scientifiche curano registri meticolosi sul fenomeno; in Italia no. Come sempre, noi raccogliamo i nostri dati, le nostre “cifre”. Nel Trentino il tasso di mortalità sui nati a 23-25 settimane (ricoverati e non) sta scendendo dal 100% del 1985 al 70% del periodo 1993-99 fino al 61% del 2000-05.

Dino Pedrotti
Neonatologo, Trento

La questione dei confini della scelta etica, ovvero dell'etica della scelta, è per sua natura imprecisa. L'etica non è una scienza, anche se deve basarsi su dati scientifici.

I dati che Pedrotti ci dà sono che il 50% dei nati a 23-24 settimane e rianimati sopravvive, e che il 75% dei sopravvissuti risulta alla distanza (quale distanza?) sano, o con handicap accettabili. Letto al contrario, si può leggere che il 25% dei sopravvissuti avrà invece handicap inaccettabili. E questo rischio è in sé accettabile? E quanto agli handicap accettabili, quale è il confine della loro accettabilità? Un QI di 70? E chi ha il diritto di decidere, nei pochi minuti che una decisione di questo tipo richiede, sulla vita e sulla vivibilità a distanza di quella creatura? Forse nemmeno il genitore, che poi tendenzialmente decide “per il sicuro”, come mostra il numero delle interruzioni di gravidanza per motivi “non essenziali”, e più in generale come dimostra il dato della denatalità. E, ancora, come conciliare la scelta generazionale di non aver figli con la scelta medica del salvataggio ad alt(issimo) rischio?

D'altronde, come dice Pedrotti, le cose cambiano, i numeri di oggi non sono quelli di ieri, e i numeri di domani saranno diversi dai numeri di oggi. Una percentuale di rischio che oggi risulta troppo alta potrebbe essere molto molto migliorata domani; ma, se oggi non si rischia (e a carico di chi è il rischio?), non potremo vedere questo domani. La faccenda è grigia, appunto, come dice Pedrotti. La Rivista cercherà la risposta di un eticista “professionale”; per ora, preghiamo Pedrotti e Demarini di accontentarsi di questa.

Franco Panizon

P