

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.

## IL GRAFFIO Grazie, dottore



*La maleducazione e la scortesia (definite dai sociologi una forma benigna di inciviltà) non sono rare nei rapporti umani. Nemmeno in quelli tra pediatri e familiari del bambino: e hanno, si dice, profonde ripercussioni negative sulla qualità delle cure. Specie in situazioni difficili, cariche di tensione, di effettiva criticità per la salute e per la vita: quando entrambe le parti (genitori e medici) hanno bruciato le risorse cognitive ed emotive necessarie per controllare in maniera civile la loro ansia, la loro diversa frustrazione. È proprio in queste situazioni che, più spesso, l'assillo del genitore può diventare (o semplicemente apparire) inopportuno ostile e aggressivo e che l'atteggiamento e le parole del medico possono essere (o semplicemente apparire) inadeguate e illecite. Ed è in queste stesse situazioni che maleducazione e scortesia finiscono più spesso col penalizzare la qualità dell'intervento medico e più ancora l'evolversi del rapporto tra medico e paziente: tanto che (dovremmo averne piena consapevolezza) la gran parte delle litigiosità processuali in campo sanitario partono proprio dalla non accettazione dei modi della comunicazione più ancora che dall'esito delle cure. Ma tutto questo, come lascia intendere un recente studio israeliano, potrebbe essere vero anche nel verso opposto. Perché un'espressione esplicita di gratitudine di un genitore, rivolta a medici e infermieri facenti parte di una équipe (per esempio quella di una Terapia Intensiva Neonatale) porterebbe a un significativo miglioramento delle sue performance diagnostico-terapeutiche.*

*In particolare, all'interno del gruppo che percepisce una espressione di gratitudine per quello che fa, aumenterebbe la motivazione, l'intensità dell'interazione e il livello di condivisione nelle scelte di gestione del paziente (Riskin A, et al. Expression of gratitude and medical team performance. Pediatrics 2019;143(4):e20182043). Sembrerebbe dunque che le cose stiano proprio così: che per fare al meglio il nostro lavoro tutti noi abbiamo bisogno di sentirci esplicitamente apprezzati, di sentirci paradossalmente rassicurati e accolti (proprio noi che pur sempre siamo i medici, quelli che delle due parti sono nella posizione di maggior forza) da sinceri e sorridenti "grazie, dottore". Personalmente non ne sono proprio sicuro. E rimango convinto che le cose (come sempre quando si tratta di rapporti umani) siano un po' più complicate. Che ad esempio, soprattutto per il bambino ricoverato in ospedale, un atteggiamento troppo consenziente del genitore, sempre e comunque grato e morbido, comporti inevitabilmente anche dei rischi. In particolare quello di portare il medico a sentirsi troppo sicuro, di rallentarne l'attenzione e l'intensità dell'impegno. Mentre invece sia proprio quel genitore che ci indispettisce un po' perché non molla e ci reitera la sua pretesa di attenzioni e spiegazioni (senza dirci troppi grazie) che alla fine finisce col darci la spinta necessaria per fare quel qualcosa di più che il suo bambino merita venga fatto. Ma, lo so, lo so, voi non siete così. E questa convinzione (ed esperienza) dell'utilità che i genitori siano anche un po' "rompini" esprime una debolezza che è solo e soltanto la mia. O no?*

Alessandro Ventura

## Vaccinazione antinfluenzale

Vorrei proporre alcune riflessioni riguardo quanto detto nella Pagina gialla di febbraio di *Medico e Bambino*<sup>1</sup> a commento dell'Editoriale di *JAMA Pediatrics* sulla vaccinazione antinfluenzale<sup>2</sup>.

Le vaccinazioni servono e nessun vaccino viene autorizzato per l'uso se non dopo aver dimostrato di essere sicuro ed efficace; di conseguenza, la vaccinazione antinfluenzale dei bambini (e degli adulti) non potrà che portare complessivamente dei benefici e questo è sufficiente per raccomandarla a tutti.

Se ci trovassimo in America la faccenda sarebbe già chiusa qui e ciascuno si dovrebbe industriare per raccogliere la raccomandazione; nel nostro (molto migliore) sistema pubblico e solidaristico bisogna fare un passaggio in più: stabilire se sia opportuna l'offerta gratuita e attiva da parte della Sanità Pubblica, verificando il livello di

priorità dell'intervento rispetto ad altre richieste di salute della popolazione.

I 172 decessi pediatrici dovuti a influenza nella stagione 2017-18 negli USA sono da riferire a una popolazione di oltre 61 milioni di persone<sup>3</sup>; se, per tenere conto delle sotto-segnalazioni, si valutano le stime invece delle notifiche, si raggiunge un numero decisamente più alto di eventi ma occorre comunque intervenire su un numero enorme di persone sane per sperare di ottenere risultati tangibili, a causa dei non elevati tassi di incidenza delle complicanze e della irresistibile efficacia vaccinale (*Table I e II*)<sup>4</sup>.

Le *Table I e II* dimostrano che i tassi di ospedalizzazione e di mortalità sono più alti nelle fasce di età non pediatriche, per cui è difficile pensare di escludere anche gli adulti sani dall'offerta, che dovrebbe così interessare tutti i 330 milioni di cittadini USA, anche se solo gli ultrasessantacinquenni presentano dati davvero allarmanti.

Un altro studio<sup>5</sup> relativo al periodo 2010-2014 ha evidenziato che circa la metà dei 358 decessi pediatrici ha riguardato soggetti con patologie preesistenti, che costituiscono una popolazione in qualche modo conosciuta e riconoscibile, di consistenza numerica, molto contenuta (in questo consiste la logica di indirizzare a loro l'offerta gratuita); ci ricorda anche che circa un quarto dei soggetti vaccinati è deceduto nonostante la vaccinazione, il che significa che dobbiamo per ora arrenderci all'evidenza di un'efficacia sempre e solo parziale della vaccinazione stessa e non potremo mai raggiungere la soluzione totale del problema.

Vaccinare contro l'influenza le persone sane di sicuro porterebbe quindi dei vantaggi, ma richiederebbe da parte della Sanità Pubblica risorse ed energie ingenti rispetto a quanto succede oggi.

Siamo sicuri che in uno scenario di offerta pubblica attiva non verrebbero a pa-

**CARICO STIMATO DELLA MALATTIA INFLUENZALE PER GRUPPO DI ETÀ**

Fascia di età	Malattie sintomatiche		Visite mediche		Ricoveri		Morti	
	Stima	95% Cr I	Stima	95% Cr I	Stima	95% Cr I	Stima	95% Cr I
0-4 anni	3.984.513	(3.440.994, 4.705.930)	2.669.623	(2.236.993, 3.242.578)	<b>27.778</b>	(23.989, 32.808)	<b>118</b>	(0, 291)
5-17 anni	7.512.601	(6.487.823, 8.878.019)	3.906.553	(3.253.293, 4.740.051)	20.599	(17.789, 24.343)	500	(209, 944)
18-49 anni	14.428.065	(13.020.428, 16.217.395)	5.338.384	(4.481.525, 6.404.911)	80.985	(73.084, 91.028)	2873	(1950, 4461)
<b>50-64 anni</b>	<b>15.588.035</b>	<b>(13.679.833, 18.199.479)</b>	<b>6.702.855</b>	<b>(5.477.891, 8.255.108)</b>	<b>165.307</b>	<b>(145.071, 193.000)</b>	<b>7478</b>	<b>(5593, 10.706)</b>
Più di 65 anni	7.309.120	(6.364.074, 8.657.371)	4.093.107	(3.397.226, 5.073.498)	664.465	(578.552, 787.034)	68.448	(57.487, 86.690)
Tutte le età	48.822.333	(46.094.204, 53.050.365)	22.710.522	(20.961.891, 25.176.329)	959.134	(872.416, 1.091.360)	79.416	(68.867, 98.918)

Tabella I. Stati Uniti, stagione dell'influenza 2017-2018. Cr I = intervallo di credibilità (da voce bibliografica 4, modificata).

**PERCENTUALI STIMATE DEI RISULTATI DELLE MALATTIE ASSOCIATE ALL'INFLUENZA PER 100.000, PER GRUPPI DI ETÀ**

Fascia di età	Tasso di malattia		Tasso di visite mediche		Tasso di ospedalizzazione		Tasso di mortalità	
	Stima	95% Cr I	Stima	95% Cr I	Stima	95% Cr I	Stima	95% Cr I
0-4 anni	19.983,7	(17.257,7 23.601,8)	13.389,0	(11.219,3 16.262,6)	<b>139,3</b>	(120,3 164,5)	<b>0,6</b>	(0,0, 1,5)
5-17 anni	13.985,6	(12.077,9 16.527,5)	7272,5	(6056,4 8824,2)	38,3	(33,1 45,3)	0,9	(0,4, 1,8)
18-49 anni	10.469,7	(9448,2 11.768,1)	3873,8	(3252,0 4647,7)	58,8	(53,0 66,1)	2,1	(1,4, 3,2)
<b>50-64 anni</b>	<b>24.588,1</b>	<b>(21.578,1 28.707,3)</b>	<b>10.572,9</b>	<b>(8640,6 13.021,3)</b>	<b>260,7</b>	<b>(228,8 304,4)</b>	<b>11,8</b>	<b>(8,8 16,9)</b>
Più di 65 anni	14.371,4	(12.513,3 17.022,4)	8048,0	(6679,7 9975,7)	1306,5	(1137,6 1547,5)	134,6	(113,0 170,5)

Tabella II. Stati Uniti, stagione dell'influenza 2017-2018. Cr I = intervallo di credibilità (da voce bibliografica 4, modificata).

tirne altri obiettivi, per esempio la vaccinazione contro morbillo, parotite, rosolia e varicella (i cui tassi di copertura vaccinale sono migliorati con l'obbligo, ma ancora non sufficientemente)? O quella contro il papillomavirus per le ragazze (ancora molto lontana dai *target*)? O il recupero di quelle tante coorti di adolescenti che, in 7 Regioni che hanno introdotto precocemente la vaccinazione antivaricella, sono state vaccinate con coperture molto basse, che fanno temere un pericoloso spostamento della malattia in fasce di età più elevate?<sup>6</sup>

Per non parlare delle risorse cronicamente mancanti in settori diversi, come quello della cronicità o del disagio mentale. Scegliere a chi offrire il vaccino con la Sanità Pubblica deve tenere conto di questi aspetti, e per ora il Ministero ha scelto di limitare l'offerta alle categorie a maggior rischio per patologia o per età.

In attesa di un'offerta universale e gratuita della vaccinazione (perché si giudica che i tanti problemi di salute ritenuti fino a ora prioritari rispetto a questa siano stati risolti, o perché si è dimostrato con chiarezza

za e trasparenza di percorso che questa offerta è diventata prioritaria rispetto agli altri problemi) non ci resta che raccomandare a tutta la popolazione di vaccinarsi e ai medici di spendersi in prima persona per diffondere la cultura della vaccinazione, come si fa negli USA, intervenendo in proprio.

Quello che non dovrebbe succedere è che si continui a vaccinare poco i soggetti a rischio: secondo il *report* della mia Regione (la Puglia), nella scorsa stagione sono state vaccinate 242 (duecentoquarantadue) donne in gravidanza<sup>7</sup>, e ciascuno di noi è consapevole del fatto che tra i nostri assistiti ci sono tanti soggetti a rischio che per una qualche ragione non si vaccinano. Cominciamo da qui.

**Bibliografia**

1. Ventura A (a cura di). Influenza, bambini, vaccini. Pagina gialla. Medico e Bambino 2019;38(2):77.
2. Yang YT, Colgrove J. New York City Childcare Influenza Vaccine Mandate. JAMA Pediatr 2019;173(2):119-120

3. Populationpyramid.net. Popolazione: Stati Uniti d'America 2018. <https://www.populationpyramid.net/it/stati-uniti-damerica/2018/>.

4. Center for Disease Control and Prevention. Estimated influenza illnesses, medical visits, hospitalizations, and deaths in the United States - 2017-2018 influenza season. <https://www.cdc.gov/flu/about/burden/estimates.htm>.

5. Flannery B, Reynolds SB, Blanton L, et al. Influenza vaccine effectiveness against pediatric deaths: 2010-2014. Pediatrics 2017;139(5).

6. Regione Puglia. Bollettino delle Coperture Vaccinali al 31 dicembre 2017, dalla nascita all'adolescenza. <https://tinyurl.com/y2r9l4uk>.

7. Regione Puglia. Report finale delle attività di sorveglianza dell'influenza stagionale in Puglia, stagione 2017/18. <https://tinyurl.com/y6pcqpb8>.

**Rosario Cavallo**

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)  
e-mail: [roscavallo58@gmail.com](mailto:roscavallo58@gmail.com)

*Rosario ha ragione. In tutto e per tutto. Nonostante la vaccinazione antinfluenzale sia efficace, nonostante se eseguita ogni anno "a tutti" preverrebbe un gran numero di casi anche gravi oltre a un certo numero di morti, non va considerata sul piano pratico una priorità, perché ci sono ancora degli obiettivi*

di maggiore urgenza non raggiunti dalla Sanità pubblica (ottimizzazione della copertura vaccinale per altre malattie come il morbillo e altre ancora, come esattamente elenca Rosario). Tutto vero. Ma nonostante questo ragionamento sia indiscutibilmente quello giusto, quello a cui ispirarsi senza deroghe per gli interventi di Sanità pubblica, questo stesso ragionamento rischia di occultare una verità a cui sarebbe forse bene, intanto, istigare tutti a ispirarsi nelle scelte personali, a proprie spese: l'influenza è una malattia potenzialmente grave, bambini e anziani ne possono pagare un prezzo elevato, esiste una vaccinazione sostanzialmente efficace e sicura. E sarebbe una gran cosa se, intanto che con i soldi pubblici (pochi) si investe sulle cose più importanti (mah... a dirlo e scriverlo, vedendo cosa sta succedendo, mi sembra di mentire sapendo di farlo...) sarebbe bene che ognuno acquisisse consapevolezza assoluta di quanto bene sarebbe se ogni anno si vaccinasse per l'influenza, facesse vaccinare i propri figli e i propri anziani genitori e se, magari fosse in gravidanza, chiedesse di ricevere oltre al richiamo antipertossico anche una dose di vaccino antinfluenzale. Altrimenti, diffondendo il pensiero del "c'è ben altro" e raccomandando la vaccinazione solo ai soggetti a rischio (a proposito: noi medici dell'ospedale e dell'ambulatorio ci vacciniamo ogni anno, sapendo quando questo sia importante per noi e per quelli che curiamo?) rischiamo, pur dicendo una cosa giusta, di diffondere una cultura sbagliata: che velatamente lascia intendere che per l'influenza non è poi così importante vaccinarsi. E più sto scrivendo, più mi convinco che è pro-

prio questa falsa cultura del ridimensionamento dell'importanza della vaccinazione antinfluenzale che contribuiamo a diffondere. Con buona pace di Rosario, che approfitto di abbracciare con affetto (meno male che c'è e ha sempre voglia di darci il suo aiuto), e delle sue sante parole.

Alessandro Ventura

### Vaccinazione antipertosse

Ho letto con interesse gli articoli sulle vaccinazioni sulla pertosse del numero di ottobre 2018. Vorrei chiarimenti su quella che mi sembra una incongruenza: nella Pagina gialla (articolo "Colpo d'occhio sulle vaccinazioni") si legge: «Vaccinate pure tranquillamente il neonato perché sarà in grado di montare una risposta immunologica misurabile...».

Invece nell'articolo sull'epidemiologia della pertosse, a pag. 497, si legge: «La vaccinazione alla nascita non può essere considerata, in quanto il sistema immunitario dei neonati non è in grado di creare anticorpi fino ai due mesi di vita». Le due frasi mi sembrano in contrasto tra loro. Come conciliarle?

Fulvio Paolillo

Pediatra ex ospedaliero in pensione, Lodi  
e-mail: fulvio.paolillo@fastwebnet.it

Caro dottor Paolillo,

grazie per la sua giusta annotazione, soprattutto perché ci dà il modo di tornare in maniera più precisa (e conclusiva) sull'argomento.

Di certo, storicamente, la vaccinazione antipertossica alla nascita, per quanto comunque eseguita in molti Paesi, tra cui l'Australia, nella formulazione del vaccino DPT, è stata ritenuta criticabile e non da raccomandare nell'ipotesi che il suo potere immunizzante fosse incerto e quantomeno debole in relazione alle caratteristiche immunologiche del neonato e anche all'interferenza con gli anticorpi specifici trasmessi dalla madre (Halasa NB, et al. Poor immune responses to a birth dose of diphtheria, tetanus, and acellular pertussis vaccine. *J Pediatr* 2008;153(3): 327-32). Sta di fatto peraltro che da allora si sono accumulate prima piccole e poi più ampie e strutturate evidenze (come quella citata sulla Pagina gialla, uscita in novembre 2018 ma annunciata e recensita a ottobre: Wood N, et al. Immunogenicity and safety of monovalent acellular pertussis vaccine at birth: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2018;172(11): 1045-52) che hanno dimostrato invece la immunogenicità, efficacia e sicurezza del vaccino acellulare antipertossico qualora somministrato isolatamente (e non in associazione con l'antitetanico e antidifterico) prima del quinto giorno di vita. Strategia "di salvataggio" quindi che, come suggeriscono gli Autori, andrebbe adottata nei casi in cui la madre sfugga al richiamo vaccinale in gravidanza.

Ecco quindi spiegata l'apparente contraddizione tra i due "pezzi" apparsi su *Medico e Bambino* nello stesso numero.

Non possiamo fare altro che ringraziare. La ancora per averci dato occasione di fare chiarezza.

Federico Marchetti, Alessandro Ventura

# FAD

news

**Durata del corso**  
dal 15/09/2018  
al 14/09/2019

**Destinatari**  
Medico Chirurgo  
(Pediatria, Pediatria di  
libera scelta)

**ECM**  
A questo corso saranno  
assegnati **24** crediti for-  
mativi ECM

**Prezzo**  
€ 61,00 (€ 50,00 + IVA)

# Pediatria

## sulla grande stampa

speciale **2017**

**PER ISCRIVERSI**

www.quickline.it



## IL PAPA NEL DISCORSO AI PEDIATRI RICORDA LE PAROLE DEL PROF. PANIZON

### **“NON APPOGGIARE MAI LA TESTA SU UN CUSCINO FINCHÉ NON AVRAI FATTO TUTTO IL POSSIBILE PER I BAMBINI”**

In un tempo di diseguglianze nelle cure, siate “promotori” di una Sanità solidale e inclusiva. Verso i piccoli pazienti serve una “dedizione incondizionata”, con quel sorriso necessario per dare coraggio e fiducia. È la strada che Papa Francesco indica alla Federazione Italiana Medici Pediatrici, nel discorso consegnato. All’organizzazione sindacale, che sostiene e tutela più di 5mila e 550 pediatri, con un’esperienza di quarant’anni e accreditata anche come Società scientifica per il suo impegno nella formazione e nella ricerca, il Papa ricorda che vivendo il proprio lavoro con lo stile di “una vera e propria missione”, si dà una testimonianza cristiana.

#### **Promuovere una cultura più capace di tutelare la salute dei bambini**

La Federazione si è distinta per il contributo dato alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale e ha realizzato “innumerevoli iniziative” per il miglioramento dei Servizi offerti ai cittadini, mantenendo in modo “apartitico” un confronto con le parti. La fascia di cui si occupa è infatti quella “più evolutiva” della vita umana ed esige una conoscenza globale del corpo umano. Serve quindi anche un costante aggiornamento: a questo e anche a “promuovere una cultura più capace di tutelare la salute”, in particolare dei più piccoli, mirano le iniziative messe in campo, come incontri e dibattiti.

#### **No a diseguglianze nelle cure e attenzione agli stili di vita**

«Nel nostro tempo dove le tante comodità e gli sviluppi tecnologici e sociali si pagano con un impatto sempre più invasivo sulle dinamiche naturali del corpo umano» il Papa sottolinea quindi, sempre nel discorso consegnato, come diventi “urgente” attuare un serio programma di educazione alla salute e a stili di vita rispettosi dell’organismo, così che il progresso non vada a scapito della persona. «Possiate sempre operare con serietà e dedizione facendovi promotori di una cultura e di una Sanità solidali e inclusive».

Nel nostro tempo, infatti, sempre più spesso la prevenzione e le cure diventano appannaggio di chi gode di un certo tenore di vita, e quindi se lo può permettere. Vi incoraggio ad adoperarvi perché questa diseguglianza non venga a sommarsi alle tante che già affliggono i più deboli, ma il Sistema Sanitario assicuri a tutti assistenza e prevenzione, come diritti della persona.

#### **Offrire il sorriso ai bambini**

Capacità di ascoltare, comprendere e ispirare fiducia. In una parola l’attenzione alla persona è caratteristica essenziale insieme alla competenza scientifica. Ai genitori che affidano ciò che hanno di più caro bisogna quindi offrire anche sicurezza dal punto di vista umano. Ai bambini, che con “antenne potenti” sanno captare al volo «se siamo ben disposti o se invece siamo distratti, perché magari vorremmo

“avere già finito il turno” o “trovare un paziente che strilla di meno”, bisogna offrire il sorriso, a cui nonostante le preoccupazioni “siete anche allenati”» nota il Papa. Il sorriso è infatti «necessario per dare coraggio e aprirsi un varco di fiducia nei più piccoli; e anche le medicine, così, sono più efficaci».

#### **Gesù e i bambini**

Il modello è Gesù “sorgente di vicinanza e di tenerezza”.

Nel trattare con i bimbi, teniamo sempre a mente proprio le parole di Gesù che, in un mondo nel quale erano poco considerati, li indica come modello di chi entra a far parte del Regno di Dio, perché ne comprende i segreti. Ricordiamo anche il suo atteggiamento singolarmente attrattivo verso di loro: sebbene non li chiamasse a sé con inviti o con regali, li richiamava con la forza e la serenità che scaturivano dalla sua persona, così che i bambini andavano a Lui ed Egli li accoglieva.

#### **Franco Panizon: guardare più in là**

Si tratta di avere quella “dedizione incondizionata” di cui parlava il prof. Franco Panizon, considerato un padre della Pediatria italiana per aver promosso la creazione del *Day Hospital* pediatrico e l’apertura dei reparti di Pediatria alle famiglie.

Bergoglio ha fatto proprie le parole del prof. Franco Panizon, «vostro collega e maestro» che parlava di dedizione incondizionata: «Mai accada di posare il capo sul cuscino, se prima non avrete fatto tutto quello che è in vostro potere per loro!», diceva. Il luminare triestino esortava infatti i colleghi «ad avere una parte, piccola ma importantissima, nello scrivere la cultura e quindi la storia del nostro tempo» e perciò invitava a «guardare “più in là”, cioè oltre la malattia e le contingenze, oltre il momento presente, oltre la propria persona o la propria fatica». «**Non pensare solo all’oggi del tuo paziente, ma pensa anche al suo domani**», ripeteva spesso, «**non pensare solo ai tuoi pazienti, ma pensa anche a tutti i pazienti; non pensare solo ai presenti, ma pensa anche ai lontani e ai futuri**».

#### **Una missione che diventa testimonianza**

Vissuta “con questo afflato”, questa professione diventa “una vera e propria missione”, che coinvolge mente e cuore e ben più a fondo delle ore in cui si è al lavoro.

Con questo stile, voi date testimonianza cristiana, perché cercate di praticare i valori evangelici e il vostro senso di appartenenza alla Chiesa; ma anche per l’ampiezza del vostro sguardo, per la capacità di immaginare il contesto sociale e il Sistema Sanitario più giusti per il futuro, e per il desiderio di porvi al servizio, con umiltà e competenza, di ogni persona che vi è affidata.