

## VACCINAZIONI E ALTRE OPPORTUNITÀ

Il vaccino è uno strumento antico della salute per combattere le malattie, potente per la sua efficacia, l'unico di reale prevenzione che nello stesso tempo, per il suo uso massivo nella popolazione, non provoca resistenze, al contrario degli antibiotici (F. Panizon). La ricerca scientifica e l'industria farmaceutica ci offrono continuamente nuovi vaccini, nuove associazioni, nuove presentazioni, prospettando e facendo sperare in un non lontano mondo futuro senza infezioni e senza rischio di malattie infettive. Il dibattito tra noi pediatri si è sviluppato sugli aspetti scientifici di efficacia dei vaccini, sul calendario più opportuno, sulle vere e false controindicazioni, sull'obbligatorietà o sulla libera adesione per i genitori dei bambini, su chi debba e dove vaccinare. A mio parere, forse, è stato trascurato un aspetto che a Roma, nel Dipartimento Materno-Infantile della ASL Roma C, stiamo sviluppando. Abbiamo considerato le vaccinazioni, sia le obbligatorie che le raccomandate, come uno strumento e non un obiettivo. Uno strumento per raggiungere obiettivi di salute multipli. La vaccinazione è un momento obbligato di passaggio e di contatto di tutta la popolazione giovane con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Un momento privilegiato che pochi altri dipartimenti oltre il materno-infantile possono annoverare. Alla nascita e nei primi anni di vita, inserite nei bilanci di salute, le vaccinazioni sono lo strumento per seguire lo sviluppo psico-fisico del bambino, anche e soprattutto di quei bambini che non vengono portati regolarmente al controllo del pediatra. È il momento di contatto con nuovi e vecchi nuclei familiari e quindi occasione per esaminare o rimettere a fuoco eventuali situazioni di rischio o di patologia sociale o socio-sanitaria conclamata. È l'occasione, se non individuata una famiglia a rischio o multiproblematica, per mettersi in rete con il Servizio Sociale, con i Servizi per Tossicodipendenti, con il Dipartimento di Salute Mentale, con i Servizi di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell'età evolutiva. È lo strumento e l'occasione per individuare almeno inizialmente situazioni da affidamento o da adozione. È opportunità in più per l'operatore sanitario, per l'incontro con i genitori o con l'adolescente al richiamo dell'antitetanica, per fare educazione sanitaria, promozione della contraccezione, prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza. La vaccina-

zione è una proposta attiva fatta dal SSN e quindi occasione per screening attivi di efficacia riconosciuta sulla popolazione. In preadolescenza e adolescenza è opportunità per parlare con il ragazzo e la ragazza, per offrirsi loro come punto di riferimento sanitario, per iniziare a parlare di educazione sessuale e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse o aiutare le famiglie a farlo, per individuare precocemente condizioni di anoressia o bulimia. La ricerca attiva dei ritardi o delle evasioni vaccinali fa individuare bisogni di intervento che invece sfuggono. Per la famiglia è un contatto quasi obbligato con il SSN e quindi quasi un biglietto da visita su cui esprimere o no il proprio gradimento e consenso. Per i nuclei familiari stranieri, immigrati e nomadi, spesso le vaccinazioni sono il primo contatto con la sanità e quindi opportunità per altre proposte di prevenzione: controlli in gravidanza, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori femminili, prevenzione dell'AIDS e di altre malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce del disagio psico-sociale, diagnosi precoce e profilassi antitubercolare.

A mio parere anche questi aspetti, che considero il "valore aggiunto" alle vaccinazioni, devono essere considerati nel dibattito in corso. Colgo l'occasione per esprimervi tutto il piacere che provo quando mi arriva e leggo *Medico e Bambino*.

**Maria Edoarda Trillo**  
Responsabile del Dipartimento  
materno-infantile della ASL Roma C

Quello delle vaccinazioni è un tema, da sempre, al centro dell'attenzione dei medici e dei pediatri in particolare, un argomento sul quale fioriscono corsi di aggiornamento, congressi, dibattiti.

Da qualche anno alcune regioni, e tra queste la Sicilia, hanno promosso, in ottemperanza alle direttive del Ministero della Sanità, campagne di vaccinazione relativamente ai cosiddetti vaccini raccomandati (morbillo-rosolia-parotite e pertosse).

L'epidemia di morbillo che imperverrà in Sicilia ha prodotto un caso accertato di encefalite e un numero considerevole di ricoveri, ed è la prova inconfutabile che qualcosa non ha funzionato.

Appare evidente ai più che non basta comprare i vaccini, ma bisogna anche

somministrarli. La somministrazione dei vaccini è però, per alcuni, solo un dettaglio privo di significato. Nessun funzionario della Regione o delle Aziende Sanitarie, infatti, si è mai preoccupato di convocare le varie figure professionali per la stesura di linee guida comuni, per cui ciascuno ha operato secondo le proprie conoscenze o le proprie capacità, con il risultato che il 70-80% della popolazione risulta scoperta.

L'Igiene Pubblica dell'Ispettorato regionale alla Sanità ha ritenuto opportuno, forse per supplire alla mancanza di qualsiasi forma di coordinamento, assegnare a volontari pediatri di libera scelta il compito di vaccinare i propri assistiti. Ma, mentre solitamente basta inoltrare domanda all'Igiene Pubblica dell'Azienda per avere le fiale di vaccino, nella provincia di Palermo la domanda deve essere inoltrata al sindacato. Questo è, infatti, ciò che è stato richiesto dai funzionari pubblici a un pediatra che, operando in una zona in cui il centro di vaccinazione funziona poco, pensava di contribuire alla campagna vaccinale.

Vengo a conoscenza del fatto e, essendo un rappresentante sindacale dei pediatri (per necessità più che per vocazione), chiedo un incontro al responsabile del gruppo in questione. Cerco, invano ahimé, di spiegare al funzionario che il metodo seguito non è dei più corretti, ma questi precisa che dopo una serie di incontri con i rappresentanti della FIMP si è deciso, pubblicando addirittura l'accordo sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia, di operare in tal senso e che, se è mia intenzione che gli iscritti al mio sindacato entrino a far parte del "club" dei pediatri vaccinatori, posso inoltrare richiesta in qualità di rappresentante sindacale.

Decido allora di scrivere una lettera al funzionario e all'assessore regionale alla Sanità, nella quale preciso che in letteratura non esiste, almeno a mia conoscenza, nessun riferimento bibliografico che garantisca il mantenimento della catena del freddo per effetto dell'iscrizione a un sindacato.

Esistono dei pediatri che hanno scelto di non iscriversi ad alcun sindacato, e penso che i sindacati di categoria, oltre ad avere altri compiti, dovrebbero promuovere la salute e non limitarla. Credo inoltre che, per raggiungere il risultato utile di vaccinare il 90% della popolazione, bisogna coinvolgere quelle famiglie che sono meno sensibili, le famiglie a ri-

schio sociale, di cui oggi tutti parlano ma delle quali pochi si occupano realmente. Il limitare quindi il numero di pediatri di buona volontà e non operare per la stesura di linee guida efficaci è l'unico metodo sicuro per provocare il fallimento di ogni campagna vaccinale. Ho chiesto all'assessorato un incontro delle figure professionali interessate al problema in data 18 febbraio 1997, ma, ad oggi, non ho ricevuto alcuna risposta.

Sono i tempi lunghi della burocrazia?

**Gaetano Milioto, Palermo**

Queste due lettere "buone" sono esemplari della "cattiveria" dell'uomo o, meglio, di quella componente dello spirito umano che è fatta del bisogno di appropriarsi delle cose, competendo con altri. Il primo dei due interventi è "buono" al massimo grado, e dice delle cose perfettamente condivisibili, anzi stimolanti. Ma chi ne è l'attore presunto? Apparentemente il medico (pediatra?) di comunità, quello che, raramente nell'ambito di un Dipartimento materno-infantile (è il caso della dottoressa Trillò), o di un Servizio materno-infantile, e più spesso invece nell'ambito di un settore di Igiene Pubblica, è preposto alla vaccinazione.

È giusto che questi interventi, e la concomitante opportunità per un approccio ai temi di educazione sanitaria, di guida anticipatoria alle cure del bambino, di ricerca attiva dei ritardi o delle evasioni vaccinali, del disagio minorile, della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, della gravidanza indesiderata e via dicendo, siano affidati a un operatore "impersonale", come il pediatra di comunità? Perché no, se è, come deve essere, sensibile, preparato ed esercitato all'educazione. Ma questa non è l'unica soluzione possibile; e non è la soluzione che, almeno a parole, i pediatri di famiglia (tutti i pediatri di famiglia? la maggior parte dei pediatri di famiglia? qualche

pediatra di famiglia?) condividono.

La seconda lettera, infatti, propone, anzi richiede, anzi testimonia, almeno per alcune Regioni, l'affido ai pediatri di famiglia delle pratiche vaccinali; e, addirittura, mette in luce un conflitto tra faide ("faide buone") che si contendono, assieme al compito di vaccinare, il potere di farlo.

Per noi di "Medico e Bambino", trovarsi a parlare di cose che non fanno parte della propria diretta esperienza, comporta naturalmente il rischio di qualche scivolata. Ma ci sono dei principi generali a cui è doveroso ispirarsi. Il più generale dei principi è che il fine della Sanità Pubblica e dei singoli sanitari che vi operano è quello di promuovere la salute; e che questo debba essere un compito di ogni operatore, e che questo debba avvenire col minimo della conflittualità e col massimo della cooperazione (Catalano).

Venendo al concreto, io non credo che ci debba essere una sola soluzione buona; e, tenendo conto delle autonomie regionali e aziendali, credo che ciascuna Azienda, sulla base della forma e del grado di efficienza della propria organizzazione, possa scegliere (e magari modificare nel tempo) i modi dell'intervento. Credo che, se si sceglie la via di vaccinare attraverso i pediatri di famiglia, lo si deve fare "istituzionalmente", cioè attraverso l'organizzazione distrettuale (che deve essere lo snodo dei rapporti tra l'azienda e il professionista) o attraverso il Dipartimento materno-infantile, che non può non essere distrettualizzato e non può non comprendere tutti i pediatri di famiglia di quell'azienda; credo inoltre che potrebbe legittimamente utilizzare l'alleanza con associazioni di pediatri (o, in una visione un po' diversa, contrattare con le organizzazioni la disponibilità dei medici di famiglia a farsi attori delle campagne vaccinali) ma non può rinunciare al controllo e alla garanzia dello svolgimento della campagna stessa e non può, evidentemente-

te, escludere nessuno, anzi è tenuta ad arruolare tutti, attivamente. Per altro verso, credo che si debba sottolineare che vaccinare, così come assumersi tutti quegli aspetti di educazione sanitaria e di prevenzione elencati dalla dottoressa Trillò, costituisce prima di tutto una responsabilità che il singolo, come la categoria, non possono assumersi con leggerezza.

Un'ultima considerazione: il pediatra di famiglia ha già dei compiti gravosi, e consuma la maggior parte del suo tempo nel disbrigo di una piccola emergenza giornaliera, spesso ossessiva; questo, almeno in parte, per una non ancora raggiunta maturità nel rapporto con gli assistiti e nella organizzazione del lavoro. L'ideale del pediatra-ascoltatore-educatore-guida è ancora utopico. L'arruolamento del pediatra di famiglia in compiti di medicina preventiva complessa (la vaccinazione, l'educazione alla vaccinazione, l'utilizzo della vaccinazione come momento d'incontro) potrebbe essere l'inizio di una rivoluzione culturale, ma difficilmente potrà essere raggiunto con piena soddisfazione in un tempo breve. Comunque il pediatra di famiglia deve le sue cure alla famiglia, cioè ai suoi iscritti; e solo in maniera volontaristica e non sistematizzabile potrà occuparsi dei "non users", dei marginali, degli evasori scolastici, degli "abusati", dei non vaccinati, dei disadattati. Per questi problemi, che certamente debbono essere presenti alla coscienza di tutte le categorie di pediatri, non si può rinunciare all'idea, al lavoro, alla costruzione di una pediatria di comunità.

Tutte le cose che si sono dette in quest'angolo epistolare hanno intimamente a che fare col vivace dibattito sui compiti e sulle caratteristiche della pediatria territoriale, che si sta svolgendo in questi mesi sulle pagine di "Medico e Bambino", e che troverà un tentativo di compendio in un "Forum" in via di preparazione.

**F.P.**

## Un fatto personale

Questo è un prologo (per una migliore comprensione della lettera del dott. Baio, "Baruffe Chioggette", riportata di seguito) ed è anche una lettera aperta ai pediatri di famiglia.

Circa un anno fa, durante un corso di aggiornamento guilbertiano organizzato dalla FIMP di Palermo (un corso, devo dire, che mi era sembrato assai buono e a cui ho partecipato con calorosa dedizione) ho rilasciato un'intervistina, non a un giornalista, ma a una pediatra di libera scelta, la non ignota dottoressa Mile-

na Lo Giudice, che mi sembrava annuire alle mie esternazioni esprimendo, con quella confidente libertà cui ci si lascia andare parlando in amicizia, alcune mie opinioni, forse discutibili, certo non maliziose, sullo stato di salute della pediatria di famiglia; sulla distanza tra quello che io avrei voluto che fosse e la realtà (che era probabilmente soltanto la distanza tra utopia e realtà).

In sostanza le ho detto che secondo me esiste un equivoco reciproco, un difetto di confidenza, tra le famiglie e i pediatri di famiglia, che si esprime con un patologico ricorso diretto, anche per problemi di

gestione, al Pronto Soccorso e all'Ospedale (pur restando troppo affollato l'ambulatorio del pediatra); che questo "malinteso" va superato attraverso una più accorta e più reale disponibilità e prima ancora con la sicurezza nel proprio mestiere; che tale sicurezza (il saper bene l'A, il B e il C) manca a buona parte dei pediatri, e che va recuperata attraverso l'esercizio continuo della ricerca del sapere. In questi 12 mesi, o più, il contenuto di quell'intervista ha fatto il giro d'Italia, il venticello è diventato «un tremuoto, un temporale», e infine è esploso «come un colpo di cannooon». Sicché adesso, o al-

meno prima di quest'estate, come scrive il dottor Baio, «non si fa altro che parlare di questo»: editoriali, lettere sui giornali, lettere al Presidente della SIP, lettere al Presidente eletto della SIP, Internet, proteste verbali, mozioni, interrogativi sul chi mi desse l'autorità di criticare "dal di fuori" una categoria, da dove avessi preso i dati sulla presunta incompetenza dei pediatri di famiglia, da dove avessi preso l'autorità per criticare "da fuori" una categoria.

Ho seguito, con una curiosità dapprima sorpresa, poi distaccata, poi imbarazzata, poi addolorata, la crescita del rumore di quelle mie parole leggere, questo "montare" del venticello; ne ho sentito, con sorpresa, il sussurro, negli incontri che faccio (facevo?) qui o là con pediatri di libera scelta; ho colto il dispiacere di qualcuno, la ferita (?), la percezione di un tradimento (?); che è poi l'ultima cosa che avrei voluto produrre. Ma non penso, per questo, di dovermi imporre l'ultima cosa che vorrei fare: suonare il piffero alla rivoluzione, dire che tutto va bene dove non va, accarezzare il patriottismo, in parte giustificato, di categoria.

L'esplosione del «colpo di cannone», il «non si fa altro che parlarne», gli editoriali col mio nome in testata, la preoccupazione di alcuni amici, anche la velata disapprovazione o il franco dissenso nel merito di alcuni miei cari collaboratori, hanno finito col ferire anche me. Avrei voluto scriverne, ma non volevo usare questa Rivista per cose personali. Avrei voluto dire che i dati su cui mi basavo venivano dall'esperienza diretta (lavoro su bambini visti e seguiti da altri pediatri), da studi "ad hoc" (questionari, ricerche di "audit" fatte "inter pares" dai più impegnati tra i pediatri di famiglia, studi epidemiologici, sempre fatti da Voi, pediatri di famiglia, sull'iperuso dell'Ospeale e del Pronto Soccorso da parte delle famiglie, sull'iperuso del laboratorio da parte dei pediatri), da alcuni dati almeno preoccupanti, espressi da autorevoli rappresentanti della FIMP sulla reale partecipazione ai corsi di aggiornamento. Avrei voluto dire che quello che ho detto corrispondeva solo a una faccia del mio pensiero; che il mio lavoro di almeno 20 anni sulla formazione non è stato ispirato solo da narcisismo (anche se forse un po' sì) ma specialmente dal convincimento che nel fiume della pediatria di base si potesse trovare l'oro dei Nibelunghi; che questo lavoro mi ha fatto e mi fa sentire "uno di voi"; mai al mondo un estraneo che giudica. Ne ho scritto su altre riviste, in risposta ad articoli ed editoriali; ma sono molto più contento adesso che, con questa lettera, la "cosa" è approdata anche a "Medico e Bambino".

Così posso parlarne, fraternamente e apertamente, anche ai "miei" lettori, alcuni dei quali, certamente, saranno tra gli amici che si sono sentiti "traditi", o "feriti" o "risentiti", e comunque dispiaciuti e critici. Anch'io, ve l'ho detto, mi sono sentito ferito e risentito e dispiaciuto, e un poco anche tradito (mal compreso); ma non sono scontento né di aver detto quello che ho detto (anche se avessi sbagliato!), né di aver suscitato questa reazione in parte di orgoglio, in parte di critica, e in parte minore anche di autocritica (tutte cose che, se vissute autenticamente, fanno solo bene): perché ciò che si dice in sincerità, e si discute apertamente, come tutto ciò che scuote, che turba, che non è conforme, finisce per fare del bene.

### "Baruffe Chiogiotte"

Da qualche tempo non si fa altro che parlare dell'intervista rilasciata dal Prof. Panizon sulle carenze della Pediatria di famiglia e sulle accuse/osservazioni fatte da un così autorevole maestro della Pediatria italiana.

Di recente è apparso un editoriale sulla rivista *Il Pediatra* a firma del collega Zamboni, da cui traggio spunto per dire la mia (pediatra di base in Veneto dal 1986). Anzitutto vorrei suggerire al dottor Zamboni di studiare l'A, B, C della geografia italiana, così si accorgerà che Trieste si trova nel Friuli Venezia-Giulia e non nel Veneto, e che le esternazioni del Prof. Panizon, riferibili del resto a qualsiasi zona del territorio italiano, si riferirebbero alla realtà triestina da Lui conosciuta (sarebbe utile che i colleghi triestini potessero dire la loro in proposito).

Ma può darsi che lo "sbaglio" di Zamboni sia fatto ad hoc per colpire di fioretto dei colleghi veneti con cui ha avuto in passato degli scambi di vedute in ordine al sindacato della nostra categoria.

Ma il punto non è questo, altrimenti rischieremmo, sull'esempio di Goldoni, di scivolare in colorite ma banali "Baruffe Chiogiotte".

Mi permetto allora di fare alcune osservazioni traendo spunto da quanto sopra detto, osservazioni che rispecchiano le idee di chi si trova a svolgere un lavoro di cui molti parlano e sul quale esprimono le loro, condivisibili o meno, opinioni.

**1.** Come per qualsivoglia attività umana ci saranno sempre i bravi, i capaci, gli onesti, i meritevoli e coloro che tali non sono (non c'è quindi da meravigliarsi se anche in campo pediatrico ciò accada).

Sarebbe forse da porsi la domanda di quante volte sia premiante far parte della categoria dei bravi, capaci, onesti e meritevoli.

**2.** Non conoscere l'A, B, C della Pediatria è di sicuro una grossa pecca per chi fa questo lavoro, ma ha solo colpa il discente o anche colui che è stato docente dovrebbe recitare un *mea culpa*? Mi vengono in mente molti Proff., e tra questi per onestà di giudizio non metterei il Prof. Panizon, che dalle tribune dei congressi e tra le righe delle riviste con la scusa di fare cultura, informazione e aggiornamento, fanno pura propaganda pubblicitaria per questo o quel farmaco, che poi all'atto pratico risulta un grosso bluff (abbiamo paura di parlare di "comparaggio"?).

**3.** Pediatra di base e visite domiciliari. Di ciò si è detto e ridetto più volte, sono state pubblicate delle ricerche sul campo, si sono esaminate altre realtà al di fuori dei confini italiani, ma puntualmente salta fuori un qualcosa di nuovo. La nuova Convenzione per la Pediatria prevede, come è giusto che sia, che la visita domiciliare venga effettuata non a richiesta ma a giudizio del pediatra, come è giusto che sia per qualsiasi atto medico (un ricovero, l'esecuzione di alcuni esami, la prescrizione di un farmaco ecc.) che deve essere fatto secondo scienza e coscienza. La visita domiciliare dovrebbe essere uno strumento da usare per quelle particolari e molto poche situazioni di intrasportabilità del malato, o delle condizioni borderline a ciascun pediatra note. La professionalità del mio lavoro vorrei che venisse giudicata sulla corretta conoscenza dell'A, B, C (e anche qualcosa di più) della Pediatria, sulla scientificità e umanità del mio operato, sulla capacità di trasmettere conoscenza ai pazienti e di comunicare con loro con un linguaggio semplice, sul cercare di sbagliare sempre di meno, sul mantenimento della mia onestà prescrittiva.

**4.** Mi allarma e mi meraviglia il sapere che nell'attività di un Pronto Soccorso rientri la prescrizione di uno svezamento (impropria richiesta o impropria prescrizione?).

Ma tanti altri potrebbero essere gli spunti e i punti di vista, per cui si potrebbe organizzare una "chiacchierata" tra le varie "pediatriche" per spiegare e spiegarsi, senza baruffare e fare del misero corporativismo o regionalismo.

Antonino Baio, Dolo (VE)

Caro dottor Baio,  
Le sono molto grato di aver preso la cosa nel verso giusto. Senza drammi,

con voglia di mettersi in discussione e di discutere, di parlare con semplicità, di cercare di sbagliare sempre meno; tanto nel verso giusto che quasi non so rispondere. Le. Cercherò, comunque, di farlo; con la stessa semplicità e la stessa voglia di sbagliare "meno".

1. «Come per qualsivoglia attività ci saranno sempre i bravi, i capaci e gli onesti e coloro che tali non sono». Bene. Io non intendo contraddire me stesso se affermo che, nel suo insieme, per moltissime ragioni, la "categoria" dei pediatri di famiglia (che è composta, naturalmente, di bravi e di non bravi) è mediamente la più vivace e impegnata tra le "categorie mediche". Nello specifico della Pediatria, è certamente anagraficamente la più giovane e culturalmente la più attiva, oltre che, quantitativamente, la più numerosa. E alle altre, a cui pure appartengo (quella universitaria, quella ospedaliera) ho rivolto, senza che nessuno si voltasse indietro, critiche più brucianti. Incontro continuamente, forse trenta volte in un anno, nei posti più sperduti della penisola, i pediatri più bravi e più seri che ci sono in Italia, che sono dei pediatri di base; ma ne incontro anche di fragili e di sprovveduti, per lo più bisognosi di imparare; e molti non ne incontro proprio, né li incontrano altri "commessi viaggiatori" come me, e non si incontrano neanche tra di loro.

2. Non conoscere (io veramente ho detto non conoscere bene) l'A, B, C della Pediatria è una grossa pecca; ma la pecca non è solo di chi non sa o sa male, è anche di chi insegna e insegna male. Certo; e questa è una delle colpe di cui parlavo prima. Ma il punto è un altro. Non esiste chi insegna e chi impara. Non esiste che il cattedratico venga a insegnare a chi fa la pediatria del territorio; perché il cattedratico non la sa. Esiste una cultura della pediatria minore che era da creare, che in parte è stata creata, e credo di poter dire che è stata creata da "Medico e Bambino" e dalla ACP, che ancora si sta creando, di cui (evitando, se potete, i pericolosi patriottismi e le tentazioni isolazionistiche) il pediatra del territorio non può non essere protagonista. Esiste un viraggio della pediatria dal letto d'Ospedale all'ambulatorio, che trova impegnati sugli stessi casi, e con strumenti simili, chi lavora "dentro" e chi lavora "fuori". Esistono competenze che fino a ieri erano specialistiche e diventano giorno per giorno del pediatra generale. Esiste dunque una situazione critica, un cambiamento culturale e pragmatico in atto che va vissuto, e che di per sé produce incertezze. Quell'incertezza "buona" che è il presupposto del miglioramento; ma anche quella incertezza "debole" che rende deboli nel

momento professionale. Se io so qualcosa della medicina di cui parlo, non è perché vengo dalla cattedra, ma perché faccio ancora la gavetta. E prima di tutto perché in ambulatorio incontro gli stessi problemi che incontrate voi, e poi perché mi incontro e mi confronto continuamente con voi, trenta volte all'anno, molto più di quanto ciascuno di voi possa fare, sempre sugli stessi temi, ascoltando molto più di quanto non parli, assistendo dal principio alla fine, accettando tutta la conoscenza che in contraddittorio o in prima persona voi mi fornite; e che semmai posso solo correre a teorizzare; e anche perché, tre volte alla settimana, 150 volte all'anno, mi incontro coi miei collaboratori sui casi che o loro o io abbiamo visto o stiamo curando, dando e accettando sferzate, e imparando, imparando, imparando (cose che da domani, o già da oggi non mi serviranno più).

Se queste parole hanno un senso, è quello di dire che per imparare non basta andare ad ascoltare gli altri. Sì, forse è vero; il modello di insegnamento cattedratico (che personalmente penso di avere superato da un paio di decine di anni, e che tuttavia continuo a portare con me, proprio perché sono un cattedratico che "va in giro a parlare", un "commesso viaggiatore" della formazione) è finito, o è da rinnovare: ha reso quel che poteva rendere. L'apprendimento vero si fa lavorando; e non si può fare se si lavora da soli. Di questo mi sono convinto in quest'anno: questo, dentro di voi, deve cambiare; e non cambierà se non cambierà (con fatica, contro corrente) il vostro modo di lavorare quotidiano. Questa è la rivoluzione che cambierà la Pediatria, e di cui io non suonerò il piffero finché non si sarà completata, cioè mai.

Le rivoluzioni si fanno se si vogliono fare. Solo pochi la inizieranno; ma dopo un po' i più la dovranno seguire e, speriamo, solo una piccola parte resterà, inevitabilmente, indietro.

3. «La visita domiciliare va effettuata non a richiesta ma a giudizio del pediatra». Niente di più giusto; ma questo giudizio non deve essere basato né solo sul criterio (pur condivisibile) della difesa del proprio sé, né solo sul criterio (pur vero) dell'urgenza, ma anche su altri tipi di opportunità-necessità (la conoscenza dell'ambiente, l'incontro personalizzato, il bisogno di acquistare e di dare fiducia). E anche nell'urgenza, la decisione se andare o non andare, deve derivare dalla sicurezza di giudizio, che è al tempo stesso frutto del sapere e della fiducia instaurata, del pediatra verso la madre e della madre verso il pediatra; ed è il segno della maturità professionale piena.

E dunque giustissimo che la visita do-

miciliare facile non possa essere considerata il simbolo del buon pediatra. Anzi. La mamma che chiama il pediatra senza una buona ragione non è una mamma che rispetta il suo pediatra, che si fida di lui, che lo ascolta.

La chiamata impropria è, come ogni uso improprio della medicina, uno dei segni del malinteso, della disarmonia tra medico e utente. E questo malinteso è certamente anche colpa sua, della mamma; ma è anche colpa del suo pediatra (del pediatra che ci va per sedare la propria insicurezza; così come del pediatra che non si fa mai trovare).

4. Il Pronto Soccorso usato per una prescrizione dietetica, o per un brufolino, o per una rassicurazione. Impropria richiesta o impropria prestazione? Entrambe, certo. C'è una collusione inespresa tra chi chiede e tra chi fornisce prestazioni improprie.

Ma a cosa serve cercare i torti negli altri? È il malinteso che va corretto; è il servizio che è "costruito"; assieme all'utente, certo, ma da protagonisti e da professionisti.

5. Organizziamo una chiacchierata senza fare del misero corporativismo!

Sì, vorrei proprio farla. Un incontro a costo quasi-zero, di una cinquantina di persone (non ce ne saranno di più a voler partecipare) sui temi che scottano. Avevo già preparato il titolo ("Oh pediatria, pediatria!") e il programma. Già questa "polemica", e tutti gli ultimi mesi di questa rubrica, e il "Focus" del numero scorso sono un lungo e articolato discorso sulla pediatria "di fatto"; e contengono argomenti quanti ne bastano per una lunga e forse inutile, ma forse anche no, discussione. Forse il prossimo anno. Arrivederci, dottor Baio.

F.P.

## Morbillo, infezioni e malattie autoimmuni

Sulla Pagina Gialla di marzo '97 (n. 3, pag. 145) compare la notizia dell'incremento dei casi di morbo di Crohn nei bambini, con una evidenza, sembra, abbastanza chiara.

Il dato mi richiama alla memoria un'altra notizia apparsa, non molto tempo fa, su un giornale, mi sembra si trattasse di *Tempo Medico* (non ne sono sicuro, e non vorrei sbagliarmi); nell'articolo si riferiva dell'associazione tra morbillo attenuato, vaccinazione antimorbillo e, appunto, morbo di Crohn! Perché il punto esclamativo? Perché mi sembra strano che tale associazione sia

sfuggita al redattore della *Pagina Gialla*, soprattutto quando conclude che l'incremento della malattia sia in qualche modo correlabile con la mortalità infantile.

Ma dirò di più. Un'altra notizia, apparsa fugacemente questa volta, mi sembra, sul glorioso *Il medico d'Italia*, oggi non più edito, riferiva, circa tre o quattro anni fa, che in America, a distanza di più di trent'anni dalla generalizzazione della vaccinazione antimorbillo, ci si aspettava un aumento sensibile dei casi di LESS.

Sarà vero, «dopo miss Italia un Papa nero», come dice la canzone?

**Augusto Sabatini, Sulmona (AQ)**

*L'aumento dell'incidenza della malattia di Crohn durante l'età pediatrica, segnalato in molti paesi d'Europa, sembra attribuibile da un lato a fattori genetici (il modello è quello delle malattie genetiche da "triple" in cui, come nel caso della corea di Huntington, l'esordio della malattia è anticipato - e la malattia più grave - di generazione in generazione), dall'altro a fattori ambientali, dipendenti in qualche modo dalle migliori condizioni igienico-ambientali (cui la mortalità infantile è inversamente correlata). A questo proposito è stato ipotizzato che una minore pressione infettivologica, nei primi periodi della vita, impedisca un corretto sviluppo del sistema immunologico mucosale, con conseguente aumento di frequenza di malattie ad alterata risposta immune, come appunto è il morbo di Crohn.*

*D'altra parte, anche l'aumento di incidenza dell'atopia ha trovato, come si sa, nella ridotta frequenza di infezioni una interpretazione suggestiva. Ma veniamo al morbillo.*

*Il virus del morbillo (sia che si tratti di infezione precoce, anche in utero, sia che si tratti di ceppo attenuato vaccino) viene oggi considerato da alcuni come uno dei più importanti fattori ambientali correlati al rischio di morbo di Crohn. Le evidenze in questo senso sono sia di tipo epidemiologico che di tipo istologico (più frequente presenza del DNA virale nelle biopsie intestinali di soggetti con Crohn che nei controlli). Peraltro, le evidenze in letteratura, a questo proposito, sono controverse (proprio qualche settimana fa è stato pubblicato sul "Lancet" uno studio che sembra smentire del tutto l'ipotesi) e criticabili sul piano metodologico (i principali riferimenti bibliografici sull'argomento sono citati a fine lettera). Per alcuni ricercatori, comunque orientati a individuare in un agente infettivo la principale causa scatenante del morbo di*

*Crohn, il virus del morbillo non c'entra niente, mentre tutto sarebbe dovuto a una infezione persistente da micobatterio paratuberculare (un patogeno dei bovini molto diffuso). Anche per questa ipotesi, peraltro, esistono studi completamente negativi. Viene da pensare che il morbo di Crohn rappresenti effettivamente l'espressione di una imperfetta risposta immune (verso antigeni comuni e diffusi) di cui la flogosi granulomatosa è l'espressione istologica.*

*Per quanto riguarda infine l'ultima affermazione fatta dal dott. Sabatini sull'aumento della LESS dopo vaccinazione antimorbillosa di massa, la risposta è più semplice: non è vero. Anzi, abbiamo già oggi chiara evidenza del contrario.*

**Alessandro Ventura**

#### Bibliografia

1. *Scand J Gastroenterol* 22, 1009, 1987.
2. *Lancet* 345, 1071, 1995.
3. *Lancet* 345, 1062, 1995.
4. *Eur J Gastroent Hepatol* 7, 385, 1995.
5. *Lancet* 345, 922, 1995.
6. *Lancet* 345, 1362-5, 1996.
7. *Lancet* 347, 263, 1996.
8. *Lancet* 348, 515, 1996.
9. *Lancet* 350, 764, 1997.

*N.B. Il tema del rapporto tra infezione e immunità viene anche sviluppato dalla lettera del dott. Nocerino, qui di seguito riportata.*

#### Allergia e ambiente: il ruolo dell'infezione

È noto ormai da tempo che le infezioni, soprattutto quelle virali, nel soggetto sensibilizzato, possono essere causa delle riacutizzazioni dell'asma. L'ipotesi è che le infezioni, appunto, virali, ma anche batteriche, possano agire da "innescò" della flogosi allergica nel soggetto atopico o, addirittura, favorire la prima sensibilizzazione allergica, contribuendo all'instaurarsi dello stato atopico vero e proprio.

In questi ultimi anni, tuttavia, sono apparsi in letteratura studi epidemiologici sull'incidenza dell'asma infantile, che hanno mostrato come questo tipo di patologia sia soprattutto presente laddove le condizioni di vita ambientali, familiari, sociali sono maggiormente favorevoli (maggior benessere, migliore igiene, minor numero di infezioni nei primi anni di vita). Sembrerebbe, quindi, paradossalmente, che le infezioni contratte precocemente, nei primi anni di vita,

possano svolgere un'azione in qualche misura protettiva. Si sa, infatti, che virus e batteri inducono nell'ospite una risposta immunitaria mediata fondamentalmente dai linfociti Th1 ed è probabile che questo tipo di differenziazione con conseguente produzione di grandi quantità di interferone, interleuchina 2 e altri mediatori, possa inibire lo sviluppo di una risposta Th2; di qui l'inibita formazione di interleuchine 4, 5, 6, e della successiva produzione di elevate quantità di IgE (tipica dell'infiammazione allergica).

Il tipo di risposta sarebbe, in altri termini, "tempo-dipendente"; se precocemente contratte, cioè, le infezioni avrebbero un ruolo prevalentemente protettivo; ma quando la sensibilizzazione è ormai avvenuta, esse, assieme agli aeroallergeni classici, diventerebbero una fondamentale causa di riacutizzazione. Inoltre, alcuni virus (VRS, adeno, parainfluenza e influenza) e alcuni batteri (*Mycoplasma pneumoniae*) potrebbero comportarsi nelle età successive come veri e propri allergeni, inducendo una risposta anticorpale IgE mediata, oppure attivare direttamente le mastcellule (stimolazione non di tipo allergico).

A questo punto, in tale tipo di patologia, così come in quelle causate da fattori eziologici e momenti patogenetici diversi, sembrerebbe allora superata la precedente distinzione fra asma intrinseco (non mediato da IgE) ed estrinseco (IgE mediato). Ed è anche da questi concetti che sono scaturite implicazioni di carattere terapeutico, diverse da quelle fino ad oggi considerate come, ad esempio, l'attuale uso, spesso non sempre giustificato, degli steroidi per via topica o sistemica che seppur, oggi, terapia di elezione nella flogosi allergica, sembrerebbero non di rado relativamente aspecifici nell'azione e non esenti da effetti collaterali. Incoraggianti risultati, sulla scia di questi studi, avrebbero, allora, ad esempio, sostanze quali l'interferone gamma per via aerosolica (azione "anti-Th2") o gli anticorpi monoclonali anti-citochine.

Da quanto detto, sembra emergere un quadro abbastanza complesso del problema "allergia" e in particolare modo dell'asma, che ancora oggi risente, di fatto, così come il problema "infezioni", di molte "zone ombra" nei suoi aspetti fisiopatologici e nel razionale delle scelte farmacologiche terapeutiche e di profilassi. È evidente, infatti, che a dispetto di una mole enorme di lavori sull'argomento prodotti in questo ultimo decennio, regni sovrana l'incertezza su quello che poi è l'inizio di ogni successivo programma terapeutico mirato ed efficace,

e cioè la fine dimostrazione degli eventi fisiopatologici che sottendono la flogosi allergica. Di qui, poi, la causa degli interventi terapeutici più disparati e spesso senza efficacia, e la prescrizione, spesso non giustificata, di farmaci quali antistaminici, cromoni,  $\beta$ -2 stimolanti, cortisonici, antibiotici, adrenalina, l'ITS e, perché no, l'omeopatia.

«Le menti fiacche si sgomentano: esse cercano l'impossibile, ch'è una verità, la quale serve per sempre» (A. Murri). È una riflessione che, ancora oggi, ancora di più ci appartiene!

#### Bibliografia

1. Frick OL, German DF, Millis J: Development of allergy in children. Association with virus infection. *J Allergy Clin Immunol* 63, 228, 1979.
2. Zweimann B, Schoenwetter J, Pappano JE: Patterns of allergic respiratory infection disease in children with a past history of bronchiolitis. *J Allergy* 48, 283, 1971.
3. Weiss ST, Tager IB, Munoz A et al: The relationship of respiratory infection in early childhood to the occurrence of increased level of bronchial responsiveness and atopy. *Am Rev Resp Dis* 131, 573, 1985.
4. Holgate ST, Djuikanovic R, Wilson J: Inflammatory processes and bronchial hyperresponsiveness. *Clin Exp Allergy* 21 (Suppl. 1), 30, 1985.
5. Holt PG: Environmental factors and primary T cell sensitization to inhaled allergens in infancy: reappraisal of the role of infections and air pollution. *Pediatr Allergy Immunology* 6, 1, 1995.
6. Romagnani S: Regulation of the development of type 2T-helper cells in allergy. *Current Opinion in Immunol* 6, 838, 1994.

Giovanni Nocerino  
Napoli

Sono d'accordo con quasi i 3/4 (5 punti su 7) della lettera di Nocerino:

1. l'atopia è un problema complesso;
2. la crescita nel tempo delle malattie atopiche e la variabilità della loro prevalenza in funzione della situazione socio-economica delle popolazioni sono due dati che si possono considerare certi;
3. il minor numero di infezioni nelle prime età è un fattore ragionevolmente ipotizzabile di tali variazioni;
4. il conseguente mancato stimolo alla produzione di Th1, interleuchina 2 e interferone gamma potrebbe essere la spiegazione di un "imprinting" atopico (> IgE) della risposta immunitaria;
5. a sua volta, la risposta (a virus, clamidie, batteri) è in causa non solo nell'allergia "estrinseca" (= da pneumoallergeni) ma anche in molte, se non in tutte,

le manifestazioni allergiche "intrinseche" (= da cause infettive, da alimenti).

Tuttavia sono in parziale dissenso con altri punti della lettera.

Il primo dissenso (6) riguarda un piccolo eccesso di semplificazione per un fenomeno complesso (l'atopia e l'aumento esponenziale della sua prevalenza nel mondo avanzato). Vanno considerati sicuramente altri fattori di cambiamento: la riduzione dell'allattamento al seno; la vita al chiuso; il maggiore isolamento ambientale delle abitazioni; il riscaldamento; il fumo; l'inquinamento ambientale; i vaccini; la scomparsa dei parassiti intestinali. L'effetto a livello epidemiologico di molti di questi fattori è stato con sicurezza documentato, e i meccanismi coi quali intervengono sono stati in parte chiariti. È abbastanza chiaro che strategie complesse di conservazione e protezione ambientale dovrebbero essere poste in atto, e che delle politiche mondiali dovrebbero essere prese in considerazione di fronte a delle modificazioni antropologiche di questo ordine. Ovvero, bisognerebbe accettare l'asma e l'atopia come balzello obbligatorio da pagare al progresso, in cambio di un buon cibo, di un tetto sicuro, di spostamenti rapidi e di quant'altro la società avanzata ci concede.

Il secondo motivo di dissenso (7) riguarda un piccolo, ma forse pericoloso, eccesso di "nuovismo" contenuto, la proposta di seguire strade innovative, concettualmente interessanti, ma poco o punto esplorate, come l'uso dell'interferone gamma o di anticorpi anti-citochine, al posto, per esempio, degli steroidi "aspecifici", ma largamente sperimentati e "quasi" esenti da effetti collaterali.

L'intervento con i corticosteroidi, pur concettualmente rozzo, si pone a valle della risposta immune, a livello di sintomo; i possibili interventi di ecologia ambientale o antropologica si pongono a monte; ma l'intervento con citochine o interferoni si pone, con maggiore prepotenza, e in fondo con maggiore presunzione, al centro della risposta immune: che è un delicatissimo processo, fatto di interazioni complesse e in equilibrio dinamico, che pretendiamo di correggere senza conoscere.

Il mio è, chiaramente, solo un punto di vista; il domani, che forse non arriverò a vedere, ha molte probabilità di smentirmi: ma sarebbe, io temo, un procedere verso quella artificializzazione (di cui stiamo vedendo le conseguenze), non più solo sul mondo esterno ma anche all'interno del nostro intimo universo biologico.

F.P

## LE AZIENDE INFORMANO

### VACCINAZIONE ANTI-Hib: UNA INIEZIONE, QUATTRO VACCINI

Una delle forme capsulate dell'*Haemophilus influenzae*, quella di tipo b (Hib), è responsabile di patologie invasive (meningite, setticemia, cellulite, osteoartrite), mentre le forme non capsulate danno patologia respiratoria più comune e più superficiale (otite, sinusite). È contro un polisaccaride capsulare, il poliribosil-ribitolfosfato, o PRP, che agisce il vaccino anti-emofilo. Il PRP come tale è scarsamente immunogeno, ma lo diventa se coniugato con una proteina carrier, una molecola della capsula. La messa a punto di tale coniugazione ha consentito la preparazione di un vaccino immunogeno, efficace, senza effetti collaterali.

L'*Haemophilus influenzae* di tipo b fa parte, così come l'emofilo non capsulato, della normale flora saprofitica delle vie aeree superiori. La percentuale di portatori dell'Hib è compresa tra 1% e 5% di tutta la popolazione. Il passaggio dalla condizione di portatore a quella di malattia avviene solo in alcuni casi, e comunque il rischio di una patologia invasiva da Hib è strettamente correlato alla qualità delle difese organiche dell'individuo. Per questo motivo, la patologia da Hib è limitata ai primi 5 anni di vita: dopo tale età il livello di anticorpi anti-emofilo è protettivo e la patologia invasiva, semplicemente, non si verifica.

Dove la vaccinazione contro lo Hib è stata massiva, la patologia dovuta a questo germe si è azzerata. Ostacolano la diffusione della vaccinazione anti-Hib, peraltro già in atto in molte Regioni italiane, il costo e il numero delle iniezioni richieste. In Italia è ora però disponibile un vaccino combinato (Pasteur-Merieux) contenente il polisaccaride capsulare PRP dell'Hib, coniugato col tossoide tetanico, associato nella stessa confezione al vaccino DTP. Per la componente pertossica è stata scelta la preparazione a cellule intere: la scelta del vaccino anti-pertosse "cellulare" è legata alla non ottimale risposta immunitaria che i vaccini anti-Hib producono quando combinati nella stessa fiala col pertossico "acellulare".