

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.

## Autismo e vaccinazione MPR

Recentemente (15/03/2012) c'è stata una sentenza del Tribunale di Rimini<sup>1</sup> che torna ad associare la vaccinazione anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) alla sindrome di Kanner, meglio nota come autismo.

Il Board Scientifico del Calendario Vaccinale per la Vita (tra cui non leggo ACP!) si scaglia contro, apparendo, per la verità, molto fumoso, un po' aggressivo e a mio parere poco convincente<sup>2</sup>.

Ho cercato risposte su *Medico e Bambino*, ma sul tema, che sembrava ormai sotterrato ma ora riesplso, si esprime solo Bartolozzi in due vecchi comunicati<sup>3,4</sup>.

Nel frattempo, quello che noi possiamo leggere è di tutto e di più sul web<sup>5</sup> e che, ahimè!, rende anche qualche genitore particolarmente preoccupato e per noi pediatri difficile controbattere. Non solo, ma anche alcune Associazioni prendono le giuste distanze<sup>6</sup>.

Il Ministero della Salute risolve tutto con poche parole<sup>7</sup>.

Potete illuminarci?

### Bibliografia

1. [http://www.informasalus.it/it/data/allegati\\_docsc/sentenza-trib.%20lav.rimini.marzo%202012.pdf](http://www.informasalus.it/it/data/allegati_docsc/sentenza-trib.%20lav.rimini.marzo%202012.pdf).
2. <http://sip.it/per-il-medico/vaccino-mpr-e-autismo-falso-scientifico-in-una-recente-sentenza>
3. [http://www.medicoebambino.com/\\_timerosal\\_sviluppo\\_autismo\\_mpr\\_vaccini\\_morbillo\\_disturbi](http://www.medicoebambino.com/_timerosal_sviluppo_autismo_mpr_vaccini_morbillo_disturbi).
4. [http://www.medicoebambino.com/?id=AP0202\\_30.html](http://www.medicoebambino.com/?id=AP0202_30.html).
5. <http://www.informasalus.it/it/articoli/autismo-sentenza-riminese.php>.
6. <http://www.autismoitalia.org/vaccinazione.asp>.
7. <http://www.salute.gov.it/servizio/galleria.jsp?id=159>.

**Raffaele D'Errico**  
Pediatra di famiglia, Napoli

Recentemente il Tribunale di Rimini ha riconosciuto il diritto all'indennizzo per un bambino autistico che era stato vaccinato contro Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR). Il problema ha enormi ripercussioni perché, se fosse vero il nesso di causalità, stesso trattamento dovrebbe essere riservato a tutti i bambini autistici vaccinati; se invece si tratta di una bufala (come è) il danno portato alla credibilità del sistema vaccinale resta incalcolabile, riflettendosi sulle coperture

vaccinali, con conseguente danno biologico (questo sì, vero) a danno di chi continua ad avere morbillo e rosolia (congenita).

Credo che la cosa meriti un largo commento medico-legale, anche perché ravvinto alcune abnormità: in pratica questa sentenza (ma anche le altre analoghe) basano il nesso di causalità sul fatto che l'evento si evidenzia dopo una vaccinazione, in mancanza di altre plausibili cause, in base alla ragionevole probabilità scientifica. Manca totalmente l'adeguata spiegazione di una possibile patogenesi del danno, i riferimenti di letteratura sono inattendibili.

Da tutto ciò deriva che il nesso è stabilito (sempre e solo dallo stesso ristretto gruppo di "esperti") in base al solo criterio temporale e al (per loro) ragionevole sospetto pregiudiziale.

**Rosario Cavallo**  
Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

*Nella rubrica News Box (pag. 289) trovate il parere autorevole e tempestivo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su questa incresciosa vicenda. Un parere motivato e convincente perché parte da quella che dovrebbe essere qualsiasi valutazione che mette in relazione determinati eventi nel loro nesso di causalità che, per la vaccinazione MPR e l'autismo, non è stato mai dimostrato. Medico e Bambino in questi anni ha parlato del problema commentando in una notizia della Pagina Gialla del 2010 (29: 79-80) l'intera vicenda che è partita da un lavoro del Lancet. Riteniamo utile riportare parte del testo: «Molti di voi se lo ricorderanno. Si trattava di uno studio in cui veniva ipotizzata una correlazione tra colite aspecifica cronica, vaccinazione antimorbillosa e autismo infantile (Wakefield AJ, et al. Lancet 1998; 351:637-41). Questa correlazione è stata successivamente smentita da ampi studi epidemiologici svolti in tutto il mondo. Ma ciò che certamente colpisce di più oggi i lettori del Lancet (e molti pediatri di tutto il mondo) è che la rivista ha formalmente ritirato l'articolo perché il procedimento condotto dall'UK General Medical Council ha potuto stabilire che lo studio era stato metodologicamente scorretto e contrario all'etica della ricerca: i casi non erano stati reclutati consecutivamente e comprendevano anche bambini le cui famiglie erano interessate a documentare la correlazione tra vaccinazione e autismo avendo avviato un procedimento per ottenere un risarcimento, il parere favorevole del comitato etico presentato alla rivi-*

*sta era falso e, stando così le cose, gli accertamenti anche invasivi eseguiti durante lo studio (colonscopie, esami radiologici) erano stati ingiustificati e ingiustificabili anche sul piano della conoscenza scientifica (Retraction. Lancet 2010;375:445). Lo studio era stato condotto e coordinato da uno psichiatra (AJ. Wakefield) con il necessario aiuto di una serie di gastroenterologi (che, tra l'altro, saputo come erano andate le cose, si erano già dissociati e avevano ritirato la loro firma dal lavoro). Non possiamo ovviamente in nessun modo pensare di dare un nostro giudizio così da lontano e certamente le accuse sono gravi e documentate. Forse, ci verrebbe da dire, non tutti gli Autori sono colpevoli o sono stati consapevoli del misfatto allo stesso modo....»*

*La vicenda in pratica speravamo che fosse stata da un pezzo seppellita, a seguito anche di larghi successivi studi di popolazione che sono richiamati e commentati nel parere dell'ISS.*

*Cosa dire. La pediatria italiana si è pronunciata fortemente contro questo provvedimento. Lo ha fatto l'ISS e di conseguenza crediamo il Ministero della Salute. Concordiamo con Cavallo: sarebbe quanto mai utile e doveroso a questo punto che un altro parere medico-legale fosse richiesto formalmente ad altri organismi giuridici. È la stessa cosa che accade quando un medico è sottoposto a un presunto operato non conforme a una buona pratica assistenziale. In questo caso ci sembra che ci siano tutti gli estremi per ritenere questa sentenza per lo meno degna di essere ridiscussa e rivedificata.*

**Federico Marchetti**

## Il riordino delle cure pediatriche

Ho letto l'editoriale di Federico Marchetti sul riordino delle cure pediatriche<sup>1</sup> e l'articolo di Giorgio Tamburini a proposito del libro bianco SIP<sup>2</sup>. L'impressione che traggono è di una ragionevole concordanza sul nocciolo delle conclusioni in campo ospedaliero che derivano, peraltro, da indicazioni già date da alcuni anni dalla Conferenza Stato-Regioni. Contemporaneamente vedo un insufficiente approfondimento per ciò che riguarda una visione organica della pediatria territoriale e dei suoi rapporti non solo con quella ospedaliera, ma anche con il resto dei servizi territoriali da quelli sociali alla NPI. La "crisi" è nata da

quando ci si è accorti della diminuzione del numero dei pediatri da qui al 2025. E vorrei ricordare che prima, a occuparsi di ciò, fu l'ACP con una indagine resa nota al convegno di Tabiano nel 2001 e i cui risultati furono ripresi da *Medico e Bambino*<sup>3</sup>. È dalla esistenza di questi "numeri" che si è partiti per proporre la riduzione assistenziale da 0-6 anni ed è da qui che si deve partire se si vuole ottenere che l'assistenza ai bambini non si limiti a questa età come progettato, nonostante le ingenuità smentite del Ministero della Salute e di qualche assessorato alla sanità.

Se l'obiettivo è effettivamente di conservare l'assistenza da 0 a 14 anni occorre preliminarmente che il pediatra concordi di non lavorare più in *front office* con i pazienti, ma di lavorare in équipe con il personale infermieristico, lasciando a questo tutto ciò che istituzionalmente la laurea gli attribuisce con il rispetto non solo delle sue competenze assistenziali, ma anche della sua autonomia professionale: collaborazione alla produzione e alla gestione della cartella clinica, esecuzione delle tecniche proprie di quella laurea, valutazione e registrazione dei parametri clinici, contatti con i genitori per quanto riguarda l'educazione alla salute, utilizzo di strumenti di screening, problemi alimentari, triage dei pazienti in attesa e così via. Tutti impegni che oggi sono esclusivamente del medico e la "liberazione" dai quali aprirebbe spazi assistenziali di grande momento e potrebbe garantire la conservazione dell'attuale spazio assistenziale 0-14 anni e magari ampliarlo: qualcuno ha calcolato che questa integrazione consenta la possibilità di raddoppiare le capacità assistenziali dei pediatri di famiglia.

Che la professionalità acquisita dal corso di laurea infermieristica sia in grado di assumere questi compiti sembra chiaro: del resto è anche provato dalla esperienza delle Asl nelle quali l'assistenza domiciliare, dalla gestione di strumenti come la PEG o di macchine come quelle dell'assistenza respiratoria, è attribuita al personale infermieristico con soddisfazione, oggi, dei pediatri e delle famiglie che, in verità, all'inizio erano un po' preoccupate che questo compito non fosse "del dottore". Che poi tutto questo debba realizzarsi in una Casa della salute o in una Unità Pediatrica di Cure Primarie mi sembra abbastanza secondario: l'importante è che si sia disponibili a lavorare da pari in una vera équipe perdendo, come ha detto qualcuno, "il piccolo 'potere' che abbiamo nei confronti dei nostri assistiti".

Sono i pediatri pronti alla rinuncia del "proprio" ambulatorio e dei "propri" pazienti, alla accettazione del lavoro di gruppo, che è cosa molto diversa dalla "presenza" in un gruppo, in cui ciascuno conserva

la sua individualità, i suoi orari, le sue abitudini? Ora in fondo è questo che succede. Sono disponibili i pediatri alla accettazione di un infermiere che ha sue autonomie e sue responsabilità e con il quale dividere, quando necessario, la funzione di *case manager*? È un problema che in parte si presenta ancora negli ospedali, ma non ha ancora cominciato a presentarsi nelle strutture territoriali.

#### Bibliografia

1. Marchetti F. Il riordino delle cure pediatriche: alla ricerca del buon senso (Editoriale). *Medico e Bambino* 2012;31:143-4.
2. Tamburlini G. Salute dei bambini e assistenza pediatrica in Italia. *Medico e Bambino* 2012;31:178-84.
3. Biasini G. I pediatri nel prossimo futuro: la domanda e l'offerta. *Medico e Bambino* 2002;21:583-7.

Giancarlo Biasini

Caro professor Biasini,

grazie per le riflessioni e gli spunti molto pragmatici e operativi che riguardano, nello specifico, il riordino delle cure primarie, con i quali concordiamo. L'editoriale non aveva nessuna pretesa di sistematicità: si trattava di alcuni spunti di riflessione "di buon senso", con particolare riferimento ai modelli organizzativi attuali della pediatria ospedaliera di II livello e alla necessaria integrazione con altre figure professionali. Nell'articolo "Salute dei bambini e assistenza pediatrica in Italia" si è sottolineato quello che giustamente viene richiamato nella lettera: "la pediatria territoriale può migliorare la sua efficacia attraverso una migliore integrazione con i servizi sociali ed educativi e una espansione delle funzioni di promozione e continuità delle cure da realizzarsi affiancando ai pediatri una componente di nursing di comunità".

Nell'editoriale di questo numero sul dolore nel bambino con disabilità si evidenzia in modo molto concreto, su una specifica situazione ad alto carico assistenziale, quale potrebbe essere il ruolo specifico di un infermiere di comunità che lavori in stretta collaborazione con la pediatria territoriale (e con quella ospedaliera). Si tratta in altre parole di cercare sempre di più, all'interno di obiettivi di cura specifici, delle adeguate sinergie e risposte organizzative che vedano sempre meno il pediatra da solo fare fronte a bisogni complessi che richiedono un'alta professionalizzazione e una rete assistenziale "strutturata". Rimaniamo in attesa di risposte alle domande "concrete" che vengono poste nella lettera; domande che sono sempre di più indifferibili e da discutere a livello nazionale.

Federico Marchetti, Giorgio Tamburlini

## La questione delle polmoniti virali

Chiarissimo professor Panizon,

grazie per la risposta (*Medico e Bambino* 2012;31:152). Non si preoccupi: prescrivo l'antibiotico in caso di polmonite. La mia era una forzatura, una provocazione che dovrebbe servire da grimaldello. Sarebbe già molto vedere applicate indicazioni chiare della letteratura. Oggi la terapia di polmonite e pielonefrite è SEMPRE dieci giorni di cefalosporine endovena e flebo per parecchi giorni. La flebo è un obbligo, come il letto. Vorrei solo ribadire l'equivalenza della terapia antibiotica per bocca ed endovena per polmoniti e pielonefriti. Fa specie vedere che lo studio di Montini et al. sulla terapia delle pielonefriti, sviluppato nelle terapie del Triveneto, proprio nel Triveneto non trovi applicazione.

Goethe scriveva: "la verità viene prima derisa, poi ostacolata, infine accettata".

Finirà così anche per l'equivalenza fra antibiotici parenterali e per bocca per polmoniti e pielonefriti, ma dobbiamo insistere.

Ripeto la supplica: non mi lasci solo nella lotta contro abuso di farmaci, ricoveri, flebo, radiografie ecc.

Ivo Mabboni

Pediatra libero professionista  
Rovereto (Trento)

Grazie a lei, caro dott. Mabboni. Quanto a me continuerò nel mio modesto compito. Ma senza più la speranza di cambiare il mondo, solo di aiutare singole persone di buona volontà. Dopo tanti anni di ottimismo sono arrivato a pensare che il loro numero sia abbastanza esiguo. Non importa.

Franco Panizon

## Trucchi del mestiere

Egregio professor Panizon,

innanzitutto La ringrazio di aver espresso un commento sui miei "trucchi del mestiere" (*Medico e Bambino* 2012;31:216-7). Riguardo alla prima proposta, voglio aggiungere che nei casi di eccitabilità nervosa, indotta a volte dal cortisone, si può consigliare ai genitori di dimezzarne la dose.

In riferimento alla seconda proposta, non ho scritto che l'eccessiva aria deglutita durante la suzione è "la causa" delle coliche gassose, ma "una delle cause principali".

Per quanto riguarda invece la terza proposta, faccio notare che in essa non si parla di prevenzione di "dermatite da pannolini", ma di "candidosi nell'area del pannolino".

Antonio Mariggìo

Pediatra, Manduria (Taranto)

*Grazie a Lei per i "trucchi" e per i gentili approfondimenti.*

**Franco Panizon**

## Il massaggio nel prematuro

Sono una terapeuta della riabilitazione che da molti anni lavora in ambito infantile. Negli ultimi anni l'attenzione riguardo alle problematiche dei bambini prematuri si è rivolta anche all'aspetto psicologico del bambino e della mamma. «L'integrazione corporea, premessa delle cure materne, dà alla psiche del bambino la possibilità di emergere. L'integrazione dipende da due ordini di fattori: dalla qualità delle prime cure, attraverso cui il bambino viene chiamato per nome, lavato, cullato e nutrito, ma anche dal "di dentro", da quella spinta che il neonato sente verso il mondo, una sorta di carica istintuale che lo sospinge fuori, alla vita. Dal dentro al fuori, ma anche dal fuori al dentro: dalla madre al bambino, dal bambino alla madre». L'allontanamento dalla madre e i vari interventi di carattere medico sono alcuni dei fattori negativi che potrebbero provocare nel neonato prematuro la distorsione di questi processi. Ecco come quindi un intervento con la tecnica del massaggio contribuirà ad avvicinare la coppia mamma-bambino, fin dai primi giorni di vita.

L'obiettivo prioritario è, per me, quello di dare "unità" al corpo, partendo dal piacere sensoriale. Alla nascita il bambino non ha consapevolezza del proprio corpo, solo in relazione con "l'ambiente" potrà acquistarla. E più precisamente, come ben descritto da Winnicott, sarà nel momento in cui il bambino avrà il contatto con il corpo della "madre ambiente" che inizierà a percepire le proprie mani, i propri piedi... fino appunto ad arrivare a un'integrità del

proprio corpo. Ecco perché, nell'affrontare un programma di trattamento, un primo obiettivo sarà un lavoro sulla percezione globale del corpo, della sua unità e della sua posizione. Dovrò tener presente che il bambino entra in possesso della conoscenza del mondo in modo plurisensoriale. Quindi tutti i canali sensoriali vanno stimolati poiché un deficit in un'area può essere in parte compensato e/o integrato con un'altra.

Il bambino infatti percepisce il proprio corpo e quello degli altri attraverso il tatto, attribuendo a esso un doppio significato: confine e conoscenza di sé. Il contatto rappresenta quindi un vero e proprio strumento di conoscenza: a cominciare da quella del nostro corpo, con i suoi limiti e confini per arrivare a quella del nostro io e del nostro senso di identità. E associa il tatto alle esperienze visive attraverso le quali il bambino inizia a cogliere informazioni, per creare una lettura della realtà esterna in modo da poter accompagnare e correggere il movimento.

Mamma e bambino durante la pratica del massaggio dovranno incontrarsi con lo sguardo. Insieme alla mamma dovrò prestare attenzione ai segnali che il piccolo manifesta nell'essere manipolato, nella pressione usata, nel ritmo, nell'avversione al tocco di alcune parti (ad es. il tallone) o nell'incapacità a sostenere per tempi relativamente lunghi il contatto fisico. Dovrò decidere quali manovre preferire, scegliendo le più adatte, riducendole o aumentandole a seconda della risposta del piccolo. L'evitare lo sguardo, il far finta di dormire, che sono spesso presenti in questi bambini, sono alcuni dei sintomi di allarme di carattere psicopatologico che dovrò aver ben presente. L'incontro visivo con lo sguardo materno costituirà per il piccolo un'esperienza fortemente emotiva. Senza fare assumere alla mamma il ruolo

di terapeuta cercherò di aiutarla a capire il bambino e ad appropriarsi di alcune semplici competenze tali da migliorare il rapporto tra i due e quello con il mondo circostante. Questo sarà il senso dell'intervento in questo primo periodo.

Questa esperienza verrà continuata finché il bambino l'accetterà. Iniziare il progetto terapeutico utilizzando la tecnica del massaggio aiuterà, fin da subito, nel coinvolgimento dei genitori in modo che condividano le scelte e si abituino all'osservazione e all'attuazione di semplici compiti. La complicità che si creerà durante le sedute aiuterà i genitori a parlare della loro sofferenza che potremo contenere attraverso l'ascolto. È importante che la terapeuta sia consapevole che situazioni così delicate hanno bisogno di attenzione e formazione specifiche. Per chiudere, uso le parole che la dott.ssa Balcani utilizza nel presentare il libro della prof.ssa Negri *Il neonato in terapia intensiva*: «Il bambino che sta formandosi porta in sé le tracce del suo passato e del suo futuro. Il corpo, che verrà più tardi utilizzato come veicolo di sofferenze non sopportabili, dà la prima impronta alla formazione del Sé e ben si capisce, come chi si occupa di bambini prematuri (e non) faccia il possibile per alleviare disagi e sofferenze».

**Sara Dall'Agnola**  
Terapista della riabilitazione

*Pubblichiamo volentieri qui questa che non è proprio una lettera ma un breve articolo che ci offre aspetti, ai quali non siamo abituati a pensare, dello sviluppo affettivo dell'immaturo e della sua famiglia, all'importanza del corpo e del contatto nello sviluppo armonioso di questo rapporto. Ci scusiamo per qualche taglio.*

**Franco Panizon**