

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute (500 parole circa). Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alterino il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

I veri numeri della vaccinazione anti-pneumococcica (Prevenar)

Questa lettera sulla vaccinazione anti-pneumococcica di Rosario Cavallo pone diversi interrogativi che riguardano la sua efficacia, il fenomeno del rimpiazzo di sierotipi di pneumococco non coperti dalla vaccinazione e, più in generale, le politiche sanitarie in termini di "priorità" che ogni Nazione, e da noi ogni Regione devono necessariamente porsi. Le risposte che seguono (tra cui quelle richieste agli autorevoli Jefferson e Ciofi degli Atti, D'Ancona e Tozzi) sottolineano la necessità di avere, di fronte alle politiche vaccinali, un atteggiamento riflessivo e necessariamente di "sorveglianza attiva". Un richiamo più complessivo al problema delle priorità in termini di interventi di salute pubblica (tra cui quello vaccinale) è riportato nell'editoriale di Tamburlini a pag. 416.

L'introduzione di *Prevenar* nel calendario pubblico di offerta vaccinale attiva e gratuita è stata accompagnata da polemiche; nonostante ciò, la diffusione su tutto il territorio nazionale è stata lenta ma inesorabile. Da allora si sono moltiplicate le segnalazioni della sua efficacia "sul campo"; tra questi lavori spicca, per completezza e rigorosità, uno studio pubblicato sul prestigioso *N Engl J Med* (2009;360:244-56). I numeri sono impressionanti: negli Stati degli USA, su una popolazione di circa 18 milioni di residenti presi in esame, l'incidenza di meningite cala del 30,1% dal 1998-'99 (1,13/100.000) al 2004-'05 (0,79/100.000); tradotto in numeri assoluti significa che da 374 casi/anno si passa a 289, con un impatto che è stato "immediato"; l'anno dopo l'introduzione di *Prevenar* (2000) si è infatti avuto oltre il 56% di casi in meno nei bambini < 2 anni e il 54% in meno nei soggetti > 65 anni (il famoso effetto di *herd immunity*). Mentre però le meningiti sostenute da ceppi contenuti nel vaccino presentano un calo da 0,66/100.000 a 0,18/100.000 (-73%) e quelle sostenute da sierotipi immunologicamente correlati calano da 0,14 a 0,10 (-32%), quelle sostenute da sierotipi non correlati a quelli contenuti in *Prevenar* presentano un aumento da 0,32/100.000 a 0,51/100.000 (+60,5%), anche se il saldo totale resta come detto positivo. Tale aumento è dovuto al fenomeno del rimpiazzo (a lungo negato da molti autorevoli esperti italiani) e si manifesta a carico soprattutto della fascia di età < 2 anni, fascia in cui da 7 casi si passa a 29 con un incremento del +275%.

Tanto basta perché i ricercatori americani concludano prudentemente dicendo che c'è una forte evidenza di vantaggio della vaccinazione eptavalente, ma con una seria preoccupazione riguardo ai timori legati alla selezione di nuovi ceppi patogeni e resistenti (non tutti contenuti nei nuovi vaccini "in cantiere", quello 10 e quello 13-valente).

Ma la notizia che ci riguarda più da vicino è che finalmente ci sono alcuni dati anche italiani, contenuti in un articolo pubblicato sulla rivista *Vaccine* (2009;27:3459-62): Universal childhood immunisation against *Streptococcus pneumoniae*: The five-year experience of Liguria Region, Italy. L'articolo, lungi dal manifestare preoccupazioni come fanno gli americani, valuta gli effetti di *Prevenar* dopo 5 anni di utilizzo in Liguria, prima Regione italiana a inserirlo nel calendario pubblico: si evidenzia con soddisfazione un'efficacia di *Prevenar* nel ridurre le ospedalizzazioni dei bambini < 2 anni per: polmoniti da qualunque causa (-15%); polmoniti da pneumococco (-70%); OMA (-34%).

La traduzione di queste percentuali in numeri assoluti ci dice che la vaccinazione di una coorte di circa 12.000 bambini produce il risultato di una riduzione di 32 ospedalizzazioni/coorte/anno per i bambini dei primi 2 anni: 13 per polmoniti "da qualunque causa" (da 78 a 65), di cui 1,6 pneumococciche (da 2,3 a 0,7), e 19 per OMA (da 54 a 35).

Ma... il vaccino non doveva servire a prevenire meningiti e sepsi?

Purtroppo, per quanto concerne meningiti e sepsi, lo studio afferma che i risultati non sono significativi a causa del basso numero di osservazioni.

In realtà, anche se presentati in un contesto che fa pensare a una riduzione sia pur non significativa, i numeri riportati evidenziano un AUMENTO di 0,7 meningiti/coorte/anno (+ 25%) e di 4,2 sepsi/coorte/anno (+ 40%), ma, visto che manca la significatività statistica, gli Autori preferiscono parlare di una fantomatica riduzione del 50% delle malattie invasive confermate dal laboratorio. La riduzione è fantomatica perché questi altri numeri non vengono mostrati e non si specifica di che tipo di malattie invasive si stia parlando (speriamo che non si tratti di una riesumazione delle famigerate batteriemie occulte!); dicono però che questi numeri sono tratti dal sistema italiano di sorveglianza passiva.

A parte il fatto che l'aumento di sepsi e meningiti, anche se non statisticamente significativo, ha però un enorme rilievo epi-

demologico in quanto mette in crisi la stessa ragion d'essere della vaccinazione, andiamo a vedere cosa dicono davvero i dati del sistema di sorveglianza italiano (www.simi.iss.it/dati.htm#Anno%202008) e paragoniamoli con quelli tratti dal *N Engl J Med*.

Dal 1°/1/1998 al 31/12/2005, in Italia, sono stati contati 2051 casi di meningite pneumococcica, con un'incidenza che passa da 237 casi del 1998 (0,43/100.000) a 273 del 2005 (0,46/100.000) su tutta la popolazione italiana. Facile il confronto con i 374 casi USA su un campione di 18 milioni ridotti a 289 (-30% in USA contro un apparente minimo aumento in Italia).

Anche tenendo conto di una possibile sottosegnalazione negli anni iniziali (1998-1999), non si vede in Italia nessun calo di incidenza, anzi i casi denunciati aumentano.

Ma sicuramente qualcuno potrà obiettare che in Italia l'introduzione di *Prevenar* è stata più tardiva rispetto all'America; estendiamo allora l'osservazione agli anni più recenti e verificiamo che ci sono 249 casi nel 2006 e addirittura 303, con un dato ancora parziale, nel 2007 (0,50/100.000).

L'attesa riduzione del numero di meningiti non si vede e continua a non vedersi nemmeno limitando l'osservazione alle sole Regioni che hanno introdotto più tempestivamente *Prevenar* nel calendario di offerta pubblica (erano 8 nel maggio 2006: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Veneto, Valle d'Aosta).

Per restare alla Liguria: 3 meningiti nel 2000, 8 nel 2001, 4 nel 2002, 5 nel 2003 (anno di introduzione di *Prevenar*). Dal 2004 in poi i casi di meningite sono stati: 5 nel 2004, 15 nel 2005, 14 nel 2006, 13 nel 2007 (dato parziale).

E allora?

- Prendiamo atto che in Italia *Prevenar* non produce una riduzione della frequenza di meningiti e sepsi, ma continuiamo a vaccinare i bambini italiani per ridurre (un poco) le loro ospedalizzazioni per polmonite e otite? È un'opzione; non mi sembra molto sensato agire così, ma basta che venga detto con chiarezza e responsabilità (sia agli operatori che ai genitori).
- Vacciniamo per ridurre l'ansia e il bisogno di sicurezza totale? Anche qui, basta saperlo, ma bisogna avere il coraggio di riconoscerlo!
- Vacciniamo sperando che i risultati sulle meningiti e le sepsi si vedranno in un secondo tempo? Non è quello che è successo

negli USA, ma speriamolo pure; l'investimento intanto è produttivo?

• Vacciniamo perché così hanno fatto negli USA e così consigliava di fare la AAP? Ma allora facciamo in tutto come fanno loro! Dov'è la sorveglianza tante volte promessa? Avremo la certezza che sarà affidata a persone libere da ogni pregiudizio e conflitto di interessi?

• E, nel frattempo, le energie e le risorse impiegate non avrebbero potuto dare risultati migliori se impiegate su obiettivi a maggiore priorità?

Resta il fatto inquietante che l'informazione scientifica continua a essere gestita in modo ideologico e per niente scientifico:

• Perché, invece di dire la verità, si sceglie la strada dell'informazione subdola e tendenziosa (presentare outcome impropri se quelli veri non corrispondono alle aspettative; presentarli comunque in formula percentuale per mascherare la loro assoluta irrilevanza clinica; sorvolare comunque sui risultati che non "piacciono")?

• Perché i dati non sono mai messi a disposizione degli "scettici", cioè di quelli che potrebbero davvero controllarli; perché non c'è mai un confronto aperto e gli "esperti a senso unico" (cioè senza senso critico) continuano a pontificare *ex cathedra* senza contraddittorio e spesso dicendo cose non vere?

• Perché è così difficile distinguere certi scienziati da certi esperti di marketing?

In conclusione, un fatto resta evidente: il fallimento di una politica vaccinale che, proprio a partire da *Prevenar*, ha mostrato di fondare le proprie decisioni sulle suggestioni mediatiche e sulle spinte del mercato, con una scarsa attenzione alla qualità delle informazioni scientifiche, con una frammentazione degli interventi a qualunque livello si sia riusciti a coinvolgere la parte pubblica.

Nulla di pregiudiziale quindi contro *Prevenar*, ma bisogna avere il coraggio di dire la verità; la scarsa trasparenza che da sempre lo accompagna meriterebbe interventi più decisi da parte della comunità scientifica.

Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

La lettera di Cavallo dimostra indipendenza di spirito, coraggio e intelligenza. La pneumococcosi in Europa occidentale è una malattia rara, la cui importanza è stata gonfiata abilmente dai soliti KOL (Key Opinion Leader, vedasi gergotomo di "Attenti alle bufale") mediante l'uso di due tecniche.

La prima è l'uso dell'outcome surrogato "malattia invasiva da pneumococco" o "invasive pneumococcal disease" (IPD). Questo

è spesso un reperto mal definito, talvolta in soggetti afebrili e asintomatici (coltura positiva da siti normalmente sterili come liquor, sinovia e pleura). La vaccinazione per "prevenire" l'IPD non ha alcun senso in sanità pubblica.

La seconda è l'uso di stime di prevalenza dagli Stati Uniti o da popolazioni selezionate in cui la prevalenza è significativamente più alta che in Europa per motivi non chiari ma che in parte hanno a che fare con la massima: chi cerca trova.

Il fenomeno del "replacement", che io chiamerei più propriamente "displacement" in termini darwiniani neo-positivisti, era già stato visto subito dopo l'introduzione della vaccinazione¹ e si sta evolvendo sotto la pressione del displacement antigenico dei ceppi circolanti.

Come dicono dalle mie parti: chi semina vento raccoglie tempesta, o forse meglio un uragano.

Inviterei i lettori di "Medico e Bambino" a seguire l'esempio di Cavallo e stare sempre attenti alle bufale, specie se dietro ci sono interessi fortissimi, come in questo caso.

Bibliografia

1. Jefferson T, Ferroni E, Curtale F, Giorgi Rossi P, Borgia P. *Streptococcus pneumoniae* in Western Europe: serotype distribution and incidence in children less than 2 years old. *Lancet Infect Dis* 2006;6:405-10.

Tom Jefferson
Cochrane Acute Respiratory Infections Group

Nella sua lettera, Rosario Cavallo torna sulla questione dell'introduzione di nuovi vaccini, in particolare per il vaccino eptavalente anti-pneumococcico.

Lo spunto per questa riflessione è dato

dalle evidenze disponibili sul fenomeno del "rimpiazzo" dei sierotipi vaccinali con quelli non vaccinali. Diverse nazioni che hanno avviato programmi di immunizzazione su larga scala rivolti ai bambini nei primi due anni di vita hanno infatti osservato, accanto a una netta riduzione dell'incidenza delle infezioni invasive dovute ai sette sierotipi di pneumococco prevenibili con il vaccino coniugato, un incremento dei casi dovuti ad altri sierotipi.

Questo cambiamento dell'ecologia dei pneumococchi si nota in particolare nella fascia di età target della vaccinazione, cioè la prima infanzia. Nell'articolo citato da Cavallo¹, gli Autori riportano che nei bambini di età inferiore ai 2 anni le meningiti da pneumococco sono diminuite drasticamente, passando da 93 casi nel periodo pre-vaccinale (biennio 1998-99) a 37 casi dopo l'introduzione della vaccinazione (biennio 2004-05). In questa fascia di età il 92% dei casi osservati nel periodo 1998-99 era dovuto a sierotipi vaccinali o vaccino-correlati (rispettivamente 75 e 11 casi dei 93 totali); tuttavia, dopo l'avvio del programma di immunizzazione, i casi dovuti a sierotipi non vaccinali sono passati da 7/93 (8%) nel 1998-99, a 29/37 (78%) nel 2004-05.

La riduzione di meningiti da ceppi vaccinali è stata comunque maggiore dell'incremento osservato per le meningiti dovute a ceppi non vaccinali (-7,6 casi/100.000, rispetto a +2,1/100.000); globalmente, l'incidenza di meningiti da pneumococco nei bambini di età inferiore ai 2 anni è quindi diminuita di 6,5 casi/100.000.

Ulteriori evidenze riguardo al fenomeno del rimpiazzo derivano da dati canadesi appena pubblicati². In questo articolo gli Autori confrontano l'incidenza di malattie invasive osservata nel periodo precedente e successivo all'introduzione della vaccinazione (rispettivamente 1998-2001, e 2003-07), tenendo

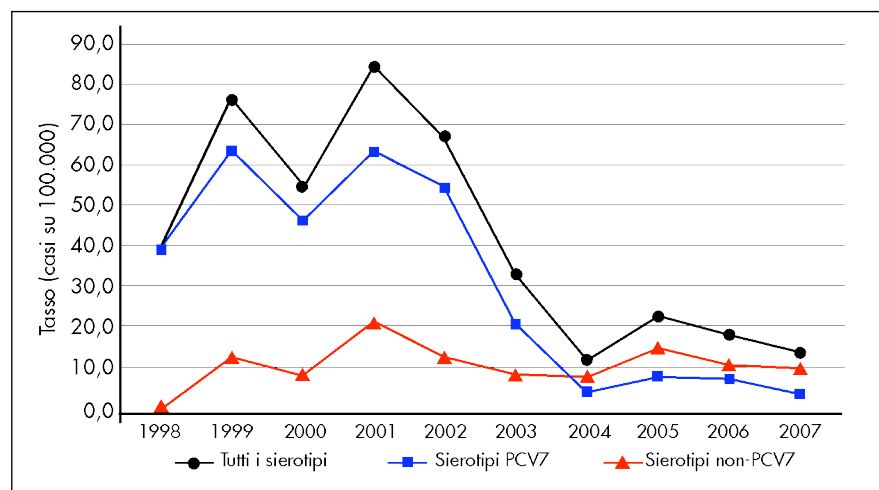


Figura 1. Incidenza delle infezioni invasive da pneumococco in Calgary, Alberta, Canada, per categoria di sierotipo, nei bambini tra 0 e 23 mesi di età (da voce bibliografica 2, modificata).

conto che, per la coorte di nascita del 2006, la copertura vaccinale per tre dosi entro i 12 mesi era del 91%. Anche in questa esperienza si nota un incremento dei casi di malattia invasiva da sierotipi non contenuti nell'eptavalente, che non limita tuttavia l'impatto del programma di vaccinazione. Nei bambini fino a 2 anni di età si è passati infatti da 60 a 26 casi totali, con una diminuzione totale di incidenza del 79% (Figura 1).

A oggi, questi dati ci permettono di concludere che il vaccino coniugato contro lo pneumococco è inutile, se non addirittura dannoso? Assolutamente no, perché in entrambe le esperienze si è notata una riduzione globale delle meningiti o del totale delle infezioni invasive da *Streptococcus pneumoniae*, che, come atteso, è evidente soprattutto nella prima infanzia. Una recente metanalisi ha inoltre stimato che l'efficacia della vaccinazione antipneumococcica eptavalente nel prevenire le malattie invasive sia dell'89% per i casi dovuti ai sierotipi vaccinali, e del 63-74% se si considerano i casi dovuti a qualunque sierotipo³.

Contemporaneamente, possiamo essere certi che il trend osservato finora si manterrà nel tempo? Anche qui, la risposta è no. Solo una sorveglianza continua e ben condotta consentirà di stimare l'efficacia a lungo termine dei programmi vaccinali.

In Italia, la vaccinazione eptavalente contro lo pneumococco non è inclusa nei LEA, e i dati dell'indagine ICONA 2008 mostrano che la percentuale di bambini vaccinati entro i 2 anni di età è pari al 55,1% (IC 95%: 53-57). Il range per Regione varia dal 20% a Napoli al 95% in Emilia Romagna; le altre Regioni con coperture superiori all'80% sono Basilicata (94%), Liguria (89%), Puglia (82%) e Sicilia (87%). In Veneto, PA di Trento e a Roma le coperture sono comprese tra il 60% e il 79% (rispettivamente 76%, 68% e 63%), mentre in tutte le altre Regioni sono inferiori al 60%.

I dati di sorveglianza delle meningiti da pneumococco sono pubblicati on-line (www.simi.iss.it/dati.htm). Se si considerano i casi in tutte le fasce di età, non si nota nel tempo alcuna riduzione di incidenza (449 segnalazioni nel biennio 1997-98, rispetto a 567 nel biennio 2007-08); al contrario, a partire dal 2001-02, si osserva un incremento delle segnalazioni (Figura 2). È possibile che questo risultato sia dovuto a un miglioramento nelle capacità diagnostiche⁴ e/o a un miglioramento della sensibilità del sistema di sorveglianza. Va anche considerato che dal 2007 il Sistema di sorveglianza nazionale è stato modificato in modo da includere anche le altre malattie invasive, ed è possibile che, almeno in alcune Regioni, il cambiamento apportato abbia progressivamente incrementato anche le segnalazioni di meningiti.

D'altra parte, se analizziamo i dati in età pediatrica, notiamo che dal 2001-02 al

2007-08 si osserva una riduzione delle segnalazioni di meningite pneumococcica, passate da 36 a 23 nei bambini nel primo anno di vita (-36%), e da 90 a 65 nella fascia di età 0-4 anni (-28%) (Figura 3). È possibile che tale diminuzione sia dovuta alla diffusione della vaccinazione, ma è difficile trarre una solida conclusione a riguardo, perché i dati di sorveglianza non riportano informazioni sul sierotipo di pneumococco. I dati di sierotipizzazione, sebbene disponibili, riguardano infatti solo un campione dei casi e non è possibile stimare l'incidenza nazionale per sierotipo. È stato comunque documentato che in epoca pre-vaccinale il 75% circa dei ceppi isolati da infezioni invasive era attri-

buibile ai 7 sierotipi prevenibili con il vaccino coniugato⁵. In Italia, quindi, la quota di casi prevenibili con il vaccino eptavalente potrebbe essere inferiore a quanto osservato in Nord America.

Concordiamo pienamente con Rosario Cavallo che per lo pneumococco, così come per il meningococco C, si sia persa un'occasione per arrivare a una strategia condivisa e abbiamo già chiaramente espresso un parere a riguardo su queste stesse pagine della rivista⁶. Tuttavia vogliamo sottolineare l'utilità di documentare le attività vaccinali svolte e il loro impatto, anche se con esperienze numericamente limitate e osservazioni di tipo ecologico⁷. Non smetteremo intanto di ri-

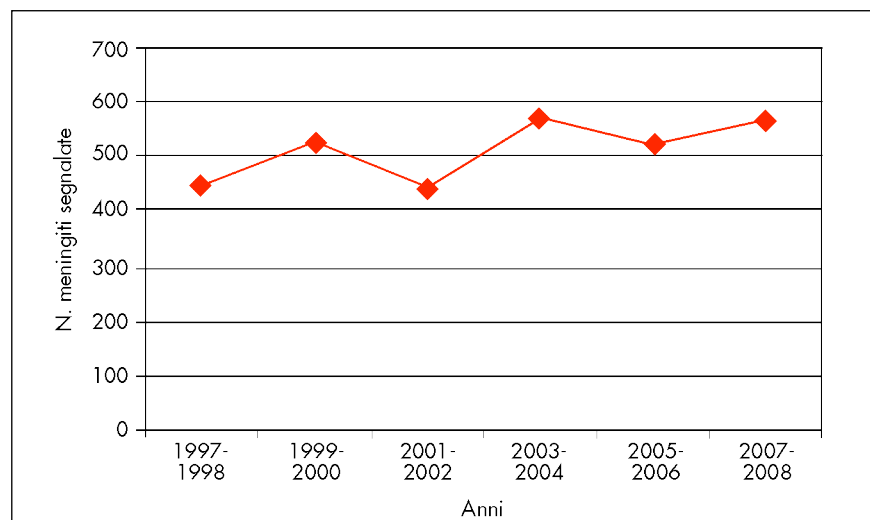


Figura 2. Numero di segnalazioni di meningiti da *Streptococcus pneumoniae* per biennio (fonte: Sorveglianza nazionale meningiti batteriche, 1999-2008).

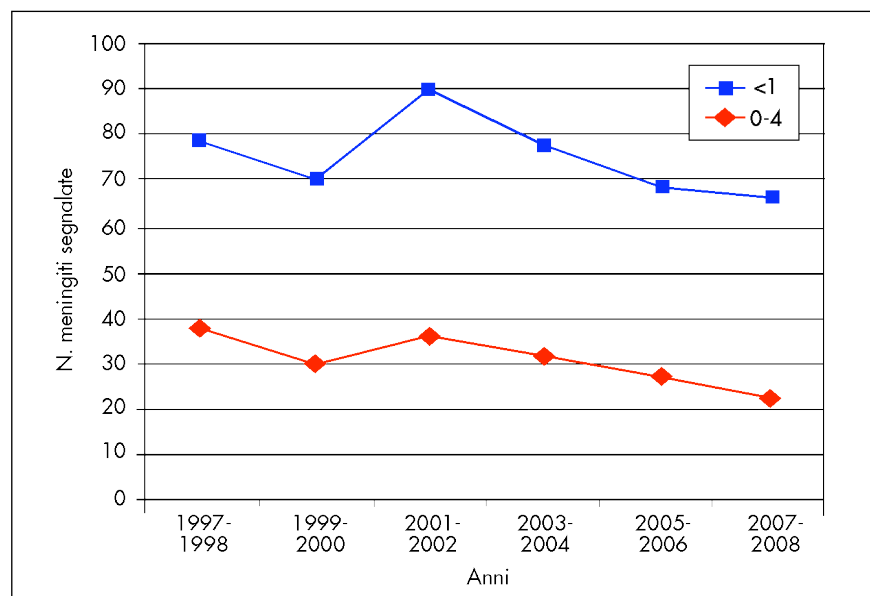


Figura 3. Numero di segnalazioni di meningiti da *Streptococcus pneumoniae* per biennio e fascia di età (fonte: Sorveglianza nazionale meningiti batteriche, 1999-2008).

petere che solo un'accurata sorveglianza delle infezioni invasive da pneumococco, unita alla sierotipizzazione degli isolati, permetteranno di verificare anche in Italia l'utilità delle azioni intraprese.

Bibliografia

1. Hsu HE, Shutt KA, Moore MR, et al. Effect of pneumococcal conjugate vaccine on pneumococcal meningitis. *N Engl J Med* 2009;360:244-56.
2. Kellner JD, Vanderkooi OG, MacDonald J, Church DL, Tyrrell GJ, Scheifele DW. Changing Epidemiology of Invasive Pneumococcal Disease in Canada, 1998-2007: Update from the Calgary-Area *Streptococcus pneumoniae* Research (CASPER) Study. *Clin Infect Dis* 2009;49:205-12.
3. Pavia M, Bianco A, Nobile CG, Marinelli P, Angelillo IF. Efficacy of pneumococcal vaccination in children younger than 24 months: a meta-analysis. *Pediatrics* 2009;123:e1103-10.
4. Azzari C, Moriondo M, Indolfi G, et al. Molecular detection methods and serotyping performed directly on clinical samples improve diagnostic sensitivity and reveal increased incidence of invasive disease by *Streptococcus pneumoniae* in Italian children. *J Med Microbiol* 2008;57:1205-12.
5. Pantosti A, Boccia D, D'Ambrosio F, Recchia S, Orefici G, Moro ML; The National Surveillance of Bacterial Meningitis. The EARSS-Italia groups (2003). Inferring the potential success of pneumococcal vaccination in Italy: serotypes and antibiotic resistance of *Streptococcus pneumoniae* isolates from invasive diseases. *Microb Drug Resist* 2009;9:S61-8.
6. Ciofi degli Atti ML. Vaccini e devolution: è possibile superare la diversità di offerta tra Regioni? *Medico e Bambino* 2008;27:75-6.
7. Durando P, Crovari P, Ansaldi F, et al. Universal childhood immunisation against *Streptococcus pneumoniae*: The five-year experience of Liguria Region, Italy. *Vaccine* 2009;27:3459-62.

Marta Luisa Ciofi degli Atti^{1,2}
Fortunato Paolo D'Ancona¹
Alberto Eugenio Tozzi²

¹CNESPS, Istituto Superiore di Sanità
²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Roma

I numeri che ci dà Cavallo sulla epidemiologia nostrana non possono far piacere a nessuno: 273 meningiti pneumococciche nel 2005, contro 237 nel 1998. L'inverso di quello che è successo in America. Possiamo sperare che, come è giusto e normale che sia, la maggior parte di questi bambini siano guariti senza esiti; ma anche per questo dobbiamo convenire che il risultato delle vaccinazioni è stato quanto meno molto inferiore a quanto ci si attendeva, e si prometteva alle famiglie. Ma neanche i dati americani che Cavallo ci illustra sono poi così entusiasmanti: una diminuzione del 30% delle meningiti pneumococciche in 5 anni, accompagnata da un significativo aumento (+60%) dei ceppi non vaccinali. È vero che sono diminuiti i ricoveri per polmonite, ma è anche

vero che (da noi e nel Regno Unito) sono aumentati i ricoveri per empiema. L'unica patologia che è davvero caduta verticalmente è la "patologia invasiva", quella che Cavallo chiama giustamente patologia fantasma, e Jefferson IPD, in realtà un puro fenomeno di laboratorio, la batteriemia, iper-valorizzato e iper-reclamizzato da una stampa, e amplificato da un'eco conformista di contorno, che difficilmente possiamo considerare imparziali. In sostanza, poco più di una bufala. Di fronte a (tutti) questi dati, anche la generosa impresa del GAVI di esportare in Africa il vaccino a prezzi stracciati (vedi in "cartoline dal Mondo" del numero di giugno) ci appare più velleitaria di quanto già sembrava.

Il problema (il doppio problema, quello del rapporto costi/benefici per il vaccino e quello della limpidezza dell'informazione) si allarga, a macchia d'olio: da questa vaccinazione, l'anti-pneumococcica, sulla quale tutti o quasi tutti ci si è trovati d'accordo (per la rilevanza del problema e per la larghissima sperimentazione già fatta altrove), ad altre vaccinazioni, più fragili, anche se sostenute con maggiore dispendio di energia, come quella per la meningite meningococcica, o per la gastroenterite e ancor più, per quello, a mio modesto giudizio, scandaloso o scandalosamente gestito, della vaccinazione antinfluenzale e della vaccinazione antisuina. Più in generale alla scelta di puntare sui vaccini, come politica di "sterilisation magna" (dimenticando il mondo povero, che da questo tipo di intervento, per costo e organizzazione, è tagliato fuori) e agitando lo straccio rosso delle pandemie (dalle quali il mondo povero non potrebbe esser salvato, anzi forse è meglio così, tanto sono in troppi) e dimenticando anche qualcosa che si può chiamare equilibrio ecologico.

Queste parole possono apparire populistiche e semplicistiche. Lo sono. Ma altrettanto semplicistico è il procedere a bandiere spiegate come se questi problemi (che non sono solo quelli dal rapporto costo/benefici o della sicurezza di impiego, o della efficacia) non esistessero. È difficile affermare che l'umanità, o anche solo la sanità, sentano davvero il "bisogno" dei vaccini che ci vengono di tempo in tempo proposti (come lo si è sentito, invece, per il vaccino del vaiolo, o del tetano, o della difterite, o della polio) ed è fin troppo ovvio che in queste ultime proposte c'è invece l'idea di "creare un bisogno", che poi diventa una dipendenza (di tutta l'umanità contro tutte le infezioni): di più, un bisogno di sicurezza che non verrà mai colmato (sapete che le visite dei pediatri di famiglia sono cresciute, in 10 anni, del 300%?) e una dipendenza che non verrà mai risolta.

Il progresso della medicina è straordinario, e ha fatto fare grandi passi al progresso dell'umanità in generale. I vaccini ottenuti per via semisintetica, puliti, efficaci, mirati, praticamente esenti da effetti avversi, sono uno di questi passi mirabili. Ma vanno fatti

i conti anche con la spesa pubblica e con le restrizioni che stanno per arrivarci sul collo, oltre che, forse più importante, con gli equilibri e gli squilibri ecologici.

Franco Panizon

Lettere aperte del tuo pediatra

Sono un pediatra di famiglia di Napoli. Nel desiderio di migliorare il rapporto con i genitori dei miei pazienti da circa un anno e mezzo ho aperto una pagina sul mio sito personale dal titolo "Parliamo di... Lettere aperte del tuo pediatra": www.pediatric.it/parliamo_di.htm.

Le lettere vengono pubblicate mensilmente sul sito e inviate per e-mail a tutti i genitori che mi hanno fornito il loro indirizzo di posta elettronica. Attualmente la ricevono 201 famiglie su circa 800 pazienti, quindi il 25-30%.

Questa esperienza si è dimostrata bellissima e ha molto migliorato le relazioni con i genitori. Alcuni spesso si fermano a discutere, altri mi ringraziano, altri mi chiamano per chiedermi quando arriva la successiva. Ma, soprattutto, questa esperienza mi ha permesso di entrare di più nelle loro storie e di rendermi più disponibile e accettato per un approccio al piccolo paziente a 360°, cioè comprendendo anche la sfera emozionale, familiare e i suoi disturbi che possono attentare alla salute psicofisica del bambino. Insomma, sono felice! Finalmente mi sento più realizzato, più inserito nel contesto globale che è la vita del bambino e della sua famiglia, e anche il mio lavoro assume connotazioni e risvolti consoni alla mission del pediatra di famiglia.

Grazie per il vostro lavoro e il sostegno che continuate a fornirci con la "nostra" rivista.

Raffaele D'Errico
Pediatra di famiglia, Napoli

Rileggete il pensiero del dott. D'Errico su *Oltre lo Specchio* di questo mese, a pag. 470.

M&B

Immigrazione

L'editoriale del dott. Tamburini sul numero di giugno relativo all'immigrazione (*Medico e Bambino* 2009;28:347-9) è per buona parte condivisibile, anche se poi quando si prova o ti succede di fare l'amministratore pubblico non è facile dare soluzioni, perché non si può sempre dire di sì a tutto.

Posso capire l'importanza degli immigrati, e che il processo di globalizzazione di

popoli e culture sarà quasi inevitabile. Ma la prima causa forse di questa incontrollata situazione è che, se gli italiani non fanno figli, gli spazi vengono occupati da altri. Questo è inevitabile. Ben vengano gli stranieri, regolari, con gli stessi diritti e doveri nostri però, come avevano preteso dai nostri padri emigrati all'estero i rispettivi governi, ma si dovrebbe riflettere sui pochi figli che in questi ultimi decenni abbiamo fatto, salvo eccezioni. Le civiltà cambiano anche per questo, non solo per le politiche sbagliate. Caso mai la prima unica vera responsabilità della politica è di non aver mai attuato una "politica" per la famiglia, vera, seria, di promozione.

Senza questo il resto è una conseguenza ineluttabile.

Grazie comunque per l'utilissimo e, per me, insostituibile mensile di aggiornamento per pediatri che fate.

Giovanni Meneghetti
Pediatra, Bassano del Grappa (Vicenza)

Mi pare di concordare con il contenuto della lettera, compresa la affermazione che "non si può sempre dire di sì a tutto", anche se forse meriterebbe scendere nel dettaglio di questo "tutto". Verissima anche la questione demografica, e il fatto che di famiglia parlano tutti (alcuni più di altri) ma pochi fanno qualcosa (quelli che ne parlano di più, ancor meno di altri). Aggiungo che temo che una sostanziale politica di supporto diretto e indiretto, tramite servizi, alle famiglie sia necessaria ma non basterà a contrastare il fenomeno del calo della fertilità, che ha cause non solo economico-sociali ma antropologiche. Ed è infatti proprio per questo che l'immigrazione ci può salvare: porta energie fresche (non solo in senso riproduttivo), voglia di fare, voglia di futuro: quello che scarseggia in Italia.

Giorgio Tamburlini

Abbiamo deciso di rimandare al numero di ottobre l'insieme delle numerose e significative lettere riguardanti le novità concettuali sui tempi di introduzione di alimenti diversi dal latte materno, provocate dal contributo "La dieta dei primi mesi e lo sviluppo dell'atopia", e la relativa, articolata, replica degli Autori.