

Lettere

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

Prescrizioni dei latt: le influenze occulte

Traggo spunto dalla polemica di Arturo Alberti (lettera "Grazie, Ministro!" di giugno 2005), pubblicata su *Medico e Bambino*, per ricordare come il decreto 22/02/05 n.46 che dovrebbe regolamentare la pubblicità dei sostituti del latte materno, sia molto lontano dalla piena attuazione del Codice di commercializzazione dei sostituti del latte materno dell'OMS che l'Italia si è impegnata a rispettare sin dal 1981. Consultare il sito http://www.ibfanitalia.org/news/differenze_codice_leggi_nazionali.pdf.

Sono stupito per l'insofferenza che Alberti mostra nei riguardi di alcuni vincoli che il decreto pone ai pediatri: la letteratura scientifica abbonda di evidenze che dimostrano l'influenza dell'industria sulle prescrizioni (di farmaci e di sostituti del latte materno); numerosi lavori segnalano che i medici non credono che queste influenze esistano (e la lettera di Alberti ne è una prova). Io credo che chi continua a chiamare "pasdaran del latte materno" coloro che si battono per la piena attuazione del Codice dell'OMS, dovrebbe battersi perché l'Italia - che il Codice l'ha approvato nella più alta sede internazionale - rinneghi quel Codice, magari avvalendosi della gran mole di materiale bibliografico che sicuramente ci sarà a sostegno dell'infondatezza dei suoi contenuti.

**Sergio Conti Nibali, Pediatra di famiglia
Messina**

Due semplici osservazioni:

1. I pediatri incidono ormai sempre meno nella indicazione dei latt formulati. Ora sono i farmacisti che propongono latt anche totalmente sconosciuti o dai nomi molto suggestivi;

2. Quando una verità relativa (ad esempio il valore del latte materno) diventa una verità assoluta con cui giudicare tutto, si determina un approccio ideologico che, in genere, crea problemi.

**Arturo Alberti, Pediatra di famiglia
Cesena**

Promozione dell'allattamento al seno

Sono un pediatra in pensione, vivo nella Svizzera italiana, ma sono rimasto affe-

zionato alla pediatria e a *Medico Bambino*. È la prima volta che scrivo a una Rivista (sarà l'effetto della pensione). Sul numero di settembre compare una lettera a firma del dottor Spataro che, nell'intento condivisibile di promuovere l'allattamento al seno, introduce alcune proposizioni insufficientemente documentate e, a mio avviso, non innocenti. In una sintesi un po' brutale dice che: a) l'allattamento artificiale è stato colposamente "favoreggiato" dai medici; b) che l'ipogalattia (come l'anoressia mentale) è una malattia inventata dalla società; c) che il bambino che piange perché non trova il latte, possiamo lasciarlo piangere perché tanto non ha una coscienza di sé, non ha l'angoscia di essere abbandonato.

Sono uno svizzero conformista, e dunque sono d'accordo sulla necessità di promuovere l'allattamento al seno. Però non sono del tutto d'accordo con questi tre messaggi. Certamente c'è stato un "favoreggiamento" nei riguardi del latte in polvere da parte di noi pediatri degli anni '50, ma non era un favoreggiamento interessato (allora non usava): era solo l'effetto di un diverso tipo di conformismo, un conformismo scienziato che ci faceva pensare che la tecnologia potesse superare la natura, fornendo al bambino un latte almeno eguale a quello della mamma e possibilmente "migliore". In quel tempo, e nella provincia (campagna poverissima) dove lavoravo io, in un tempo e in un luogo, remoti come il Medioevo, in cui il dottor Spataro pensa forse che l'ipogalattia non potesse esistere (perché "innaturale" o "troppo moderna"), moltissime mamme contadine allattavano col latte vaccino diluito, e molti bambini soffrivano o morivano di malnutrizione da latte vaccino o da farine (allora si chiamava distrofia, atrofia, atrepsia); e il latte in polvere regalato nei consultori era considerato (ed era) una manna, un dono salva-vita. La questione dell'allattamento artificiale interessa tutto il mondo, interessa (moltissimo) i Paesi poveri, ed è sicuramente un fenomeno complesso, come complesso è il comportamento umano; ideologizzarlo non aiuta a comprenderlo.

Dietro l'idea che la ipogalattia sia un'invenzione della civiltà c'è quanto meno un pregiudizio, comunque l'assenza di una documentazione epidemiologica corretta, che è impossibile da ottenere per il passato remoto, e che manca anche per il passato prossimo (quello che io conosco, e che probabilmente non conosce il dottor Spa-

taro, che presumo sia molto più giovane di me). Certamente, oggi, in Africa, come ieri in Europa, la mancanza di latte materno (che può avere dietro di sé infinite ragioni ma che comunque è il segnale di una ipogalattia di dimensione popolazionistica) è una causa primaria di malnutrizione.

D'altronde, se l'ipogalattia deriva comunque dal cervello, cosa su cui posso concordare, questo non le toglie realtà, semmai la rende più difficile da curare, e richiede più sensibilità e più conoscenze di quante non richieda l'incisione di un flemmone. Concordo comunque sul fatto che il pediatra deve aiutare la mamma a non sbagliare nel concreto, non solo a fare la scelta giusta ma anche ad allattare nel giusto modo; ed è anche vero che non tutti i pediatri sanno farlo e lo fanno volentieri, e che invece dovrebbero. Questa è la promozione che preferisco.

Non concordo invece sul pianto del neonato. Credo legittimo qualche dubbio sulla solidità delle considerazioni psicologiche in base alle quali lasciarlo piangere non gli fa male. Resta che lasciarlo piangere corrisponde a un comportamento innaturale. Anche in Svizzera.

**Franz Bodo, Pediatra
Bellinzona**

Ci sembra, senza entrare in una polemica che forse non c'è, che nelle parole del collega quasi-svizzero ci sia molto del buon senso e del pragmatismo che siamo abituati a immaginare essere propri del pensiero svizzero. Naturalmente, le cose non sono mai veramente semplici, e anche la lettura che dà il dottor Bodo è parziale, anche se può aiutarci, allargando lo spazio di osservazione e allungando il tempo dei ricordi a un approccio pacato, per così dire scientifico, alla fenomenologia del mercato e della malattia, e ai come e ai perché dell'intervento di promozione dell'allattamento, sul campo, che non dovrà essere stereotipato, identico caso per caso.

Franco Panizon

Dieta e calcio

Ammetto di avere qualche difficoltà. Il problema che mi assilla, senza esagerare, come pediatra di libera scelta, è la implementazione della dieta con calcio: prevista nei bambini che non assumono latte e latticini con la dieta. E che diligentemente

propongo differenziando la quantità di calcio da aggiungere alla dieta a seconda delle età, con maggior riguardo alla pubertà, ovviamente. Sempre più sono i casi in cui viene prescritto il latte vaccino e i suoi derivati già dai primissimi anni di vita per combattere numerosissime malattie e disturbi (dalla seborrea neonatale alla osteocondrosi alcaaneale, passando attraverso mille altri fantasiosi problemi) (*sic!*). Non discuto sulla necessità di sospendere l'alimentazione con il latte (il mio dilemma non è questo, e non mi interessa parlare di alcuna teoria omeopatica-osteopatica-alternativa e via discorrendo). Ma nel caso, per i più diversi motivi, un bambino non assuma la quota di calcio necessaria per la sua età, derivata soprattutto dal latte e latticini (giusto?), è corretto assumere calcio come supplementazione? Vi espongo alcune mie perplessità:

1. In popolazioni che non fanno uso di latte e latticini vi sono disturbi endemici carenziali di calcio? (sembrerebbe di no, se pensiamo al Sud-Est asiatico, dove è più elevata l'assenza di lattasi nella popolazione, e dove si è abituati ad assumere vegetali a foglia larga e soia).

2. Fino a oltre diecimila anni fa l'uomo non assumeva latte o latticini all'infuori di quello specie-specifico (vale a dire il latte di mamma), eppure non risulta (a mia memoria) che gli antropologi abbiano segnalato nell'uomo primitivo un problema calcio-carenziale.

3. Nei casi di intolleranza al lattosio, l'assunzione di latte senza lattosio non è molto efficace per un corretto assorbimento di calcio: in questi casi come comportarsi?

4. Una dieta povera in calcio fa aumentare la quota di calcio assorbita. Allora è giusto supplementare?

5. Gli americani insistono (*Dietary Guidelines* 2005) a consigliare le due-tre tazze di latte al giorno (prima erano 4 e più) come alimento importante (fondamentale?) della dieta. Tuttavia, nella storia naturale della razza umana, il corredo genetico si è adoperato ad accettare l'alimento latte non specie-specifico solo dopo l'avvento della pastorizzazione, e solo per quelle determinate popolazioni.

6. La valutazione dello stato di carenza calcica si effettua tramite determinazione sierica di quali marker, oppure con mineralometria ossea, o tramite studio dell'intake dietetico di calcio? (ma è necessario fare questa/e valutazione/i?)

7. Alcuni oli (probabilmente la maggior parte in Italia) impiegati nei lattini formulati riducono sensibilmente l'assorbimento di calcio nelle ossa del bambino.

8. La quantità di calcio nella dieta non è direttamente proporzionale alla sua biodisponibilità, o no?

9. Se sì, quando iniziare la supplementa-

zione con calcio? In prepubertà oppure solo durante la crescita puberale? Ed è corretto associarla alla vitamina D?

10. Se assorbo più calcio, assorbo meno ferro?

11. Il calcio si fissa alle ossa non solo in base alla quantità disponibile, ma è legata anche (soprattutto?) allo svolgimento di una regolare attività fisica.

12. Più latte, uguale a più salute: uno slogan attualmente non proprio corretto. O sì?

13. Il calcio assunto con la dieta ha un significato legato al rischio di obesità (evidenza modesta, ma presente). Quindi non posso mandare a quel paese il calcio e compagnia bella.

14. ...o sì?

15. E no, ora basta... non ne posso più.

Non ho nessun preconcetto riguardo al latte. Però mi sento tranquillo quando i miei figli prendono la loro "bella" tazza di latte quotidiana... Se i genitori dei miei assistiti mi spiegano che il figlio non prende il latte o non lo tollera, o è allergico, non vuole, oppure il medico alternativo (complementare, non allopatico, non convenzionale ecc.) lo ha sconsigliato, come devo comportarmi? Sì calcio, no calcio. Il vostro esperto di calcio cosa ne dice? C'è qualche EBM che mi è sfuggita? È un argomento di interesse per una risposta?

Costantino Panza, Pediatra, Parma
e-mail: costpan@tin.it

Le sue perplessità, e anche il Suo buon senso, mi sembrano assolutamente condivisibili. Si tratta di un problema che non ha risposte certe, ma solo algide indicazioni ottimalistiche, irraggiungibili e di non dimostrata validità come quelle della Recommended Dietary Allowances (RDA). In verità, raramente la scienza dell'alimentazione dà risposte certe, o anche approssimative, perché mancano gli elementi per una storia naturale autentica. La maggior parte degli organismi "si arrangia" e si arrangia bene. Solo una frazione, un 10%, avrà dei problemi, quando cresce in fretta (il lattante) o quando non ha più riserve (il vecchio, anzi la vecchia). È in realtà di questi che ci occupiamo: anzi di queste, di questo 10% delle bambine che, quando tra 70 anni saranno vecchie, avranno una osteoporosi di qualche rilevanza clinica. Di questa piccola frazione (5% del totale) ci occupiamo, quando ci poniamo il problema se i nostri bambini ricevono abbastanza calcio o abbastanza vitamine. Giusto, è il mestiere dei pediatri occuparsi del futuro anche lontano e di TUTTI i bambini.

Si potrebbe dire che ci sono problemi più vicini; che la natura è fatta molto bene: sopra eccessi e carenze, specialmente queste

ultime (l'uomo nasce povero), che sulla carta non dovrebbe poter sopportare. In Africa, nessuno, o quasi, beve latte o mangia formaggio. Da noi, molto pochi, forse nessuno assume il calcio e il ferro indicati dalle RDA, meno che meno gli adolescenti; e proprio negli adolescenti (l'età durante la quale l'assorbimento assoluto del calcio è massimo), e nei vecchi, i livelli di vitamina D (25-OH-colesterolo) sono molto spesso sotto scala.

È obbligatorio, e su questo tutti sono d'accordo, che il lattante riceva il suo calcio, e le sue 400 UI/die di vitamina, senza il quale non può fabbricare le sue ossa e diventa, se gli va bene, rachitico. Se per qualche motivo non ricevesse un latte (ma quale è il motivo possibile?), dovrebbe prendere un grammo di calcio (in compresse o come acqua minerale ricca di sali). È ragionevole che il bambino dei primi 3 anni, età di crescita ancora rapida e di importante fissazione di calcio allo scheletro, assuma ogni giorno un quartino di latte o un litro di acqua minerale ricca di sali.

Personalmente, sebbene non sia scritto da nessuna parte, solo occasionalmente raccomandato ma non sostenuto da evidenze (difficili da raccogliere su scala sufficientemente larga e con sorveglianza su tempi molto lunghi), penso egualmente ragionevole e prudente che l'adolescente femmina (o almeno l'adolescente femmina con un genitore osteoporotico), nel breve periodo del massimo accumulo assoluto del calcio, assuma, una sola volta a 12-13 anni, una mezza fialetta di vitamina D, per bocca, 50.000 unità. Bastano, in teoria, per 1000 giorni. L'ideale sarebbe dare una fialetta intera da 100.000 UI alle bambine con genotipo Bb o bb (vedi oltre). Resta comunque ragionevole non preoccuparsi troppo, su questo tema specifico, dei bambini non a rischio.

Le sintetizzo ora i messaggi principali contenuti in due recenti review (Davies JH, Evans BA, Gregory JW. Bone mass acquisition in healthy children. Arch Dis Child 2004;90:373; Lanou AJ, Berkow SE, Barnard ND. Calcium, dairy products and bone health in children and young adults. A reevaluation of the evidence. Pediatrics 2005; 115:736).

1. L'80% della varianza quantitativa della densità ossea (BMD) è dovuto a fattori genetici, tra i quali il principale è costituito dal polimorfismo del recettore della vitamina D. Lo stato di omozigote (BB) o eterozigote (Bb) per l'allele dominante condiziona la quantità di calcio che viene fissato all'osso durante l'infanzia e l'adolescenza; durante questa età (ma non negli omozigoti bb) la fissazione del calcio e la densità ossea sono proporzionali alla quantità di calcio assunto con la dieta.

2. La massima velocità di accumulo si registra tra i 12 e i 15 anni nelle ragazze e tra i 14 e i 17 nei ragazzi, sotto l'effetto combi-

Lettere

nato del GH e degli androgeni; tuttavia, il bilancio tra accumulo e perdita rimane positivo ancora fino ai 30-35 anni (almeno nelle donne, che sono le più studiate perché l'osteoporosi è una peculiarità prevalentemente femminile).

3. Durante la crescita, un fattore molto importante per la BMD, senz'altro più importante della stessa dieta, è l'attività fisica. Questa gioca per un 17% della varianza di BMD tra le persone dello stesso sesso (80% legato alla genetica + 17% legato all'attività fisica; se i numeri sono giusti, cosa su cui non posso giurare, lascia davvero poco spazio al calcio del latte). Le ragazze che praticano il tennis a livello agonistico prima del menarca hanno un aumento della BMD doppio di quelle che cominciano più tardi.

4. La nutrizione ha il suo peso, ma è piuttosto un peso globale dell'apporto proteico-calorico, che non un effetto della specifica assunzione di calcio. Sia le anoressiche che gli obesi hanno uno scheletro più fragile, osteopenico: per gli obesi è probabilmente in causa la leptina, che gioca anche un ruolo nella fissazione del calcio allo scheletro, oltre che nella regolazione dell'appetito e della sensibilità all'insulina.

5. La quantità di calcio (sostanzialmente di latte) assunto durante l'infanzia e l'adolescenza è debolmente associata alla BMD nell'età matura. La letteratura è molto critica nei riguardi della ricerca prodotta sinora e conclude che solo deboli evidenze sostengono le linee guida che promuovono l'assunzione di latte o di altri alimenti contenenti calcio. La quantità di latte, latticini o calcio assunto nella dieta hanno un ruolo difficilmente misurabile.

6. La vitamina D è spesso subcarente nelle società occidentali. Somministrata sia durante l'infanzia che in adolescenza migliora la BMD.

Franco Panizon

Quiz ECM

Sulle pagine elettroniche di *Medico e Bambino*, nei quiz di autovalutazione ECM su patologia infettiva e respiratoria, curato dal prof. Panizon, viene affermato che la vaccinazione antipneumococco 7-valente, anche quando seguita da un richiamo 23-valente, non porta ad alcun vantaggio. Mi sembra strano e mi piacerebbe saperne di più. Inoltre, nei quiz di "gastroenterologia e nutrizione" credo ci sia un errore quando viene data come corretta la risposta "nessun trattamento" nel GERD fortemente sintomatico.

Pediatra di libera scelta, Caserta

Ci scusiamo per il ritardo col quale rispondiamo alle Sue gentili osservazioni.

La prima delle due osservazioni è scorretta: è proprio vero (o meglio è risultato così dalla ricerca citata a pag. 29 di *Novità in Pediatria* 2003) che la doppia vaccinazione 7-valente e 23-valente aumenta il rischio di OMA. Giustamente, era difficile saperlo prima: ma i quiz pubblicati sulle pagine elettroniche per ECM, allo stesso modo dei quiz di uscita da un congresso, presumono di autotestare non le conoscenze pregresse di chi si accinge a rispondere, ma le conoscenze acquisite "dopo" la lettura della bibliografia annessa (reperibile su M&B e indicata a fianco dell'instestazione dei quiz).

Per la seconda domanda, invece, l'obiezione è corretta: in realtà un GERD sintomatico richiederebbe una endoscopia e dopo conferma della esofagite un trattamento con inibitori di pompa. Il quiz era dunque malposto e mal risposto, e ce ne scusiamo. Va corretto. Grazie.

Franco Panizon

NNT e malattie reumatiche

Ringrazio il prof. Panizon per il positivo commento alla mia lettera sulle opzioni terapeutiche in corso di faringotonsillite batterica, lettera apparsa sul numero di settembre della rivista. Nella sua conclusione il prof. Panizon afferma che il numero di pazienti necessario da trattare (*Number Needed to Treat*, NNT) per evitare un nuovo caso di malattia reumatica (MR) non sarebbe 50-100, come indicato dalla Revisione Sistemica *Cochrane* del 2005 e come da me riportato, ma sarebbe 300, ovvero l'inverso di un dato di incidenza (1 caso di MR/300 tonsilliti da SBEA), desunto da un lavoro del 1952. Mi permetto di obiettare che per NNT si intende: il numero di pazienti da sottoporre al trattamento sperimentale perché si verifichi un evento sfavorevole in meno; esso è l'inverso della Riduzione Assoluta del Rischio (RAR), ovvero della differenza tra l'incidenza degli esiti sfavorevoli osservati nel gruppo che non ha eseguito il trattamento e quella osservata nel gruppo dei trattati (Buzzetti R, Mastroiacovo PP. Le prove di efficacia in pediatria. Milano: UTET Periodici, 2000).

Si tratta pertanto di misure che è possibile ricavare solo da studi di tipo comparativo tra due popolazioni; nel caso in questione (Revisione Sistemica della *Cochrane Library*) da un insieme di studi di comparazione tra pazienti con faringite batterica trattati o non trattati con antibiotici.

Marcello Bergamini
Pediatra di famiglia, Ferrara

La ringrazio a mia volta. La Sua lettera meriterebbe senz'altro una risposta più puntuale da parte mia e una mia analisi diretta delle fonti che peraltro, per una difficoltà obiettiva di accesso diretto (una specie di impaccio senile alla navigazione nel mare bibliografico), non sono in grado di fare. Ma preferisco risponderLe subito, chiedendo scusa a Lei e ai lettori delle mie deficienze, e, se possibile, il Suo aiuto (un aiuto per me ma rivolto anche agli altri) per ridefinire il problema.

Il mio numero (1/300, che io tenderei a stimare essere ancora più basso del reale: non sarà un caso che il reumatismo sia scomparso, quando l'infezione streptococcica mantiene i suoi numeri epidemiologici, malgrado il fatto che poche tonsilliti ricevano 10 gg di penicillina, numero che io comunque colloco in un "mio antico e forse smarrito sapere") deriva da una vecchia ma classica ricerca caso/controllo, per l'appunto da un confronto tra trattati e non trattati; un lavoro che ho letto, appuntato, e memorizzato ormai molti anni fa, quando il reumatismo era un evento quotidiano e che penso sia irripetibile oggi, a reumatismo praticamente scomparso.

In realtà, gli articoli sono due, di cui il primo era citato in calce alla mia prima risposta:

1. Denny FW, et al. Prevention of rheumatic fever: treating a preceding streptococcal infection. *JAMA* 1950;143:151.

2. Wannamaker NW, et al. Prophylaxis of acute rheumatic fever by treatment of the preceding streptococcal infection with various amount of depot penicillin. *Am J Med* 1951;10:673.

Il rischio 1/300 deriva appunto, se il mio ricordo è corretto, da differenze tra trattati e non trattati. Ora non è evidentemente irrilevante, ai fini del discorso di fondo "trattare o non trattare", se il rischio (e di conseguenza il NNT) sia di 1/50 o di 1/300, che sono gli estremi delle nostre rispettive valutazioni. Credo che la cosa potrebbe meritare una Sua nota valutativa (una specie di farmacoriflessione, da pubblicare) con un confronto tra i dati recenti e i dati antichi, che possa andare oltre questo scambio epistolare che, comunque, nella mia ipotesi, trovo istruttivo perché:

- aiuta comunque tutti a cercare di "pensare con i numeri";
- costituisce l'evidenza didattica che non c'è un insegnante/insegnante, e che il sapere condiviso nasce dal confronto;
- che sbagliando (e ripensando) s'impara.

Grazie ancora.

Franco Panizon