

Pedibas: liberismo o centralismo

Non v'è dubbio che l'esistenza, solo in Italia tra i Paesi europei, della pediatria di base sia un motivo di vanto; e, certo, nel nostro Paese l'assistenza ai piccoli pazienti se non ottimale è quasi sempre decorosa. Nonostante questo, io, giovane pediatra incline all'attività ambulatoriale e al dialogo con i bimbi e le famiglie, ho da denunciare con la massima pesantezza possibile la vergognosa situazione di prevaricazione verso i giovani esercitata dai nostri stessi colleghi di poco più anziani.

Infatti nel '96 tutti i "sindacati" dei già convenzionati hanno firmato con la parte pubblica, che fungeva evidentemente solo da spettatrice passiva, un Accordo Collettivo Nazionale che, con l'aumento del massimale individuale da 800 a quasi 1000 e la riduzione del numero di bambini (soppressione dell'articolo 4 comma 5 del precedente ACN) su cui calcolare il fabbisogno di pediatri sul territorio ha, di fatto, bloccato le convenzioni.

Posso capire che un sindacato difenda i propri iscritti ma non ammetto che dei colleghi "anziani" siano gli affossatori dei giovani. È decisamente vergognoso che i "ricchi" pediatri convenzionati abbiano voluto migliorarsi l'emolumento mensile portandoselo da 8 a 9 milioni con palese e dichiarato disinteresse per la situazione dei poveri pediatri disoccupati.

Tutto l'ACN suona come un insulto alla libertà di scelta del medico da parte dei cittadini, e alle opportunità di lavoro per i giovani pediatri.

Sono convinto che la soluzione per il futuro, da realizzare al più presto, è la liberalizzazione delle convenzioni con un sistema di retribuzione posticipato a prestazione. In questa ipotesi tutti i cittadini riceverebbero un carnet di "buoni salute" spendibili presso qualsiasi medico che lo presenterebbe successivamente all'incasso presso l'ASL competente.

Questa liberalizzazione: a) migliorerebbe il livello dell'assistenza per la competizione dei medici; b) renderebbe al cittadino la vera libertà di scelta del medico; c) ridurrebbe la spesa sanitaria per la medicina di base poiché il SSN pagherebbe solo le prestazioni realmente effettuate e non la quota capitaria sempre e comunque; d) i cittadini guadagnerebbero la possibilità di risparmiare sulle tasse sanitarie dell'anno successivo se non avessero consumato tutti i "buoni salute".

Infine tornerebbe alla legalità la stra-

nezza tutta italiana di un medico che, percependo lo stipendio (anche se in forma di convenzione) dallo Stato, è considerato dal fisco un libero professionista (presenta infatti il modello 740).

Pietro D'Amico, Acireale (CT)

La Sua proposta non è recente, anzi è antica, e apre un dibattito più astratto che teorico perché propone un cambiamento critico all'interno del SSN, che già è in estrema difficoltà a trovare un suo equilibrio (sia per gli attacchi politico-demoscopico-demagogici che gli vengono dal di fuori, come la faccenda Di Bella, sia per le difficoltà interne a sparsare la managerialità presunta con l'umanità necessaria, sia per il bilancio sempre in rosso). Il sistema che Lei propone è di fatto un sistema liberistico, in cui non importerebbe affatto che fosse lo Stato, oppure un'assicurazione privata, a pagare un medico convenzionato (con lo Stato o con l'assicurazione) a cui il paziente si rivolge. In linea di principio, o se preferisce come orientamento (vedi anche il Focus "Il Mercato della salute" pubblicato su Medico e Bambino n.9, 567, 1997), sono portato a ritenere che l'orientamento liberistico (pur coi suoi vantaggi di elasticità e di maggior spazio alla scelta del paziente) sia più costoso e meno produttore di salute collettiva rispetto al SSN; quindi temo una deriva in questo senso, deriva che, per altri aspetti, e sotto la spinta di un "privato" molto più potente del dottor D'Amico, è già in atto. Ma, a parte questo, che potrebbe essere una paura senile, resto invece dell'idea che la medicina di famiglia debba essere un servizio che lo Stato offre ai suoi cittadini.

In questo senso, che è (lo confesso) l'espressione di quel centralismo statalista beffeggiato nelle tribune politiche, sono però fortemente d'accordo con Lei nel rilanciare una contraddizione tra questo ruolo (e lo spirito di servizio che dovrebbe contraddistinguere) e la disponibilità a far parte di un disegno più organico di promozione della salute) e l'effettivo sganciamento da regole condivise di una parte almeno dei medici di famiglia, generalisti e pediatri, che si configura, come Lei sottolinea, in una situazione anche "de jure" di libera professione. Mi rendo conto che la realtà dei fatti è poi molto variegata, e che le cose non stanno né rigorosamente in un modo né rigorosamente in un altro, ma condiviso.

Solo che penolo piuttosto in favore dell'immagine di un medico di famiglia "organizzato" (anche auto-organizzato), inquadro (che brutta parola) e corre-

lato organicamente con il distretto, che in favore di una relativa deregulation, aggravata, ahimè, dalla "pletora medica" e dalla conseguente inevitabile concorrenza selvaggia, croce e delizia del liberismo.

F.P.

De Omeopatia II

Devo segnalare, con rammarico, che nella mia lettera pubblicata sul n. 3/98 è stata omessa una buona parte di testo, con stravolgimento sostanziale del significato delle riflessioni a cui miravo. Visto il titolo magniloquente che avete voluto dare al mio modesto contributo e il fatto che parlo a nome di un'Associazione (e il prof. Panizon sa meglio di me cosa vuol dire questo!), devo cortesemente chiedere, per chiarezza di informazione, una nuova pubblicazione del testo.

(Il testo mancante comincia dal punto 5. dell'elenco delle regole fondamentali dell'Omeopatia, ndr).

«5. Azione energetica sulla forza vitale, che viene così supportata col conseguente rafforzamento del terreno del paziente.

Occorrerebbero le pagine di tutta la rivista per spiegare questi punti, limitiamoci alle considerazioni più eclatanti.

La grandezza di Hahnemann, il padre dell'Omeopatia, sta proprio nel fatto di avere, in un periodo storico illuminista, positivista e meccanicista, riaffermato la concezione vitalistica dell'uomo e della natura, una concezione che si perde nella storia della medicina e dell'umanità: la forza vitale unisce il microcosmo al macrocosmo, l'individuo alla più profonda unità dell'Universo; i rapporti fra la mente e il corpo sono in equilibrio grazie alla forza vitale che tramite l'autocrazia mantiene l'organismo in stato di salute. Per Hahnemann passiamo dal divino al mondo fisico e materiale attraverso diversi gradi di informazione che sono mediati dalla forza vitale.

L'uomo non è solo fisicità, ma è anche energia e comunicazione.

La volontà, la coscienza e la conoscenza, la logica, l'emotività e l'amore, sono coinvolti nello stato di malattia quanto il corpo, e la sintomatologia patologica che si sviluppa proviene da tre livelli: mentale, emozionale e fisico.

Dobbiamo riportare l'organismo del bambino in equilibrio, valutando i sintomi in questi tre livelli, non solo a livello fisico.

L'energia del rimedio omeopatico,

correttamente scelto, ci offre la possibilità di guarire in profondità il disturbo energetico. È chiaro che il rimedio, quello che noi chiamiamo "simillimum", sarà individualizzato, adatto solo e unicamente a quel bambino che ha delle sue proprie personali capacità reattive della mente e delle emozioni.

Per questo motivo è impossibile realizzare in Omeopatia degli studi sperimentali di tipo allopatrico in doppio cieco. Ognuno di noi ha il suo rimedio scelto in base alla struttura globale della mente e del corpo, dove i sintomi fisici ci segnalano semplicemente uno stato di disarmonia più profondo che interessa sempre il computer centrale, la nostra mente. I sintomi in sé non sono la malattia, sono il linguaggio del corpo.

La malattia è quindi un nuovo ordine nella manifestazione dell'essere vivente, e questo nuovo ordine si manifesterà attraverso cambiamenti nella totalità dell'essere vivente.

Facciamo un esempio per comprendere meglio: nel mondo della tecnica esistono molti sistemi di allarme, come per esempio una lampada rossa in una cella frigorifera, che controlla che la temperatura non salga in modo pericoloso. Nessuna persona di buon senso, vedendo accendersi la lampadina, la sviterebbe, annunciando poi orgogliosamente, quando la lampadina si spegne, di aver riparato la cella frigorifera.

Nella riparazione dell'uomo questo procedimento grottesco si ripete costantemente. Appena si annuncia un sintomo, il medico lo fa sparire e fa passare questo piccolo imbroglione per un successo terapeutico.

Nasce così il paradosso che la statistica dei successi della medicina si basa esclusivamente sul fatto che non si può veramente guarire. Ogni sintomo represso costringe infatti l'energia a segnalare la malattia su un piano diverso: la soppressione di questo nuovo sintomo produce però subito il successo terapeutico n. 2 e così via».

Permettetemi due ultime considerazioni di risposta al bel numero di *Medico e Bambino* (n.3/1998) appena uscito. Mi sembra di leggere fra le righe un atteggiamento del prof. Panizon più disponibile alle ragioni dell'Omeopatia che comunque, ribadisco, non ritengo essere "un'altra Medicina" o un mondo separato che ricerca spazio e crea confusione.

Personalmente è stato un viaggio di ricerca non per trovare nuove terre ma per avere nuovi occhi.

La Medicina è una, come l'uomo, è Olistica. Lei mi insegna che il medico niente deve rinnegare o sottovalutare

nel cammino della conoscenza e della consapevolezza per capire il grande mistero della vita, della salute e della morte. Esistono ancora molte, molte malattie incurabili e inguaribili, anche se il nostro organismo è biologicamente programmato a una vita di 110-120 anni. Siamo noi, per carenze di educazione alla salute, per stili di vita sbagliati, per i troppi farmaci somministrati (e mi lasci dire per alcune vaccinazioni che andiamo a fare), per lo scarso rispetto dell'ambiente che abbassiamo il livello di salute programmato biologicamente e la qualità della vita. Come medici dobbiamo assumerci certe responsabilità nella gestione della salute della gente: la pediatria di base ha rappresentato un grosso successo sociale e un passo in avanti, ma mi sembra smarrita e confusa nei suoi indirizzi.

Gli esempi possono essere molti ma quando si cura una varicella con Tinset, Acyclovir e Tachipirina o una mucosite del lattante con aerosol di Clenil A; o si prescrive sistematicamente per ogni mal di gola un antibiotico a largo spettro o un antinfiammatorio - magari il Ketoprofene di Lisina -, o il Nopron per farlo dormire - ed è questa la triste realtà della pratica di tutti i giorni di migliaia di pediatri italiani - quali livelli di salute e di qualità e prospettive di vita ci dobbiamo aspettare nel prossimo futuro per i nostri bambini! Perché noi li perdiamo, non facciamo il follow-up di tutta una vita.

Ma quante malattie croniche sono imputabili a sbagli terapeutici?

Gli americani hanno pubblicato che 100.000 persone muoiono ogni anno per intolleranza a farmaci (la 6° causa di morte negli Stati Uniti), non sbagliati ma giusti, da corretti protocolli. E non si calcolano gli effetti collaterali.

Mi fermo qui, ho abusato fin troppo della vostra cortesia e del vostro prezioso tempo; rimango a disposizione per ogni iniziativa.

Carlo Tonarelli

Ci dispiace per l'errore involontariamente commesso: abbiamo ricevuto la lettera in questione come un fax di tre pagine, che abbiamo pubblicato integralmente senza accorgerci che esisteva un quarta pagina, che l'apparecchio non ha trasmesso, senza peraltro segnalare l'errore. Pubblichiamo quindi volentieri la parte mancante, mentre non possiamo ripubblicare la lettera integralmente, come richiesto, per problemi di spazio.

F.P.

Legge 285 e istituzioni emarginanti

Dopo aver letto l'editoriale di Giorgio Tamburlini dal titolo "Una nuova legge per l'infanzia", pubblicato sul n. 8/97 della rivista, vorrei aggiungere qualche osservazione a quelle fatte dall'autore sulla legge stessa che, dopo avere, senza mezzi termini, nell'art. 3, gettato le giuste premesse contro il "ricovero dei minori in Istituti educativo-assistenziali" per evitare "qualunque forma di emarginazione e di istituzionalizzazione", nel successivo art. 4, tra i nuovi servizi di sostegno previsti dalla legge stessa, elenca ai paragrafi e, f, e g, una serie di strutture che non possono non essere considerate decisamente emarginanti.

Sembra la solita storia di chi predica bene e razzola male, perché non si riesce proprio a comprendere la differenza, ai fini della emarginazione, tra il ricovero nei vecchi istituti educativo-assistenziali e la nuova accoglienza in "comunità educativo-riabilitative", pur se è specificato che si tratta di piccole comunità e di ricoveri temporanei o di case di accoglienza per donne in difficoltà con figli minori ecc.

La legge, nelle sue premesse, fa riferimento al "numero di minori presenti in presidi residenziali socio-assistenziali" secondo un'ultima rilevazione ISTAT, ma non parla non solo di una loro eventuale chiusura per legge, come sarebbe auspicabile, ma nemmeno della loro trasformazione in strutture di accogliamento non residenziali.

La mia amara esperienza di ex-Direttore sanitario di Brefotrofo mi ha insegnato che, finché esistono gli Istituti, sia pure ribattezzati come Istituti per la protezione e l'assistenza dell'infanzia, sarà sempre facile per le istituzioni reperire i bambini da "rinchiudere", privilegiando purtroppo il ricovero, che d'altronde tende a protrarsi sempre più nel tempo, alle soluzioni alternative come l'adozione, l'affidamento familiare e soprattutto il sostegno alle famiglie naturali o affidatarie, e ciò avviene sempre contro l'evidenza che i costi economici sono nettamente a sfavore degli Istituti o case di accoglienza che siano.

Essendo l'esperienza del ricovero sempre devastante per un minore, come è stato così ben messo in evidenza tra l'altro dai classici studi di Bowlby e di Spitz, esperienza che da qualche parte è stata addirittura paragonata a quella di un vero e proprio sequestro di persona, di così triste attualità, sarebbe bene che, per qualsiasi tipo di ricovero, anche, e forse a maggior ragione, quando riguarda soggetti sieropositivi o portato-

ri di handicap, e pertanto già emarginati dalla loro stessa condizione, venga sempre valutato il rapporto costi-benefici (vedi a questo proposito l'interessante articolo di Ferrari sul n.9/97 di *Medico e Bambino*).

E non si può continuare a invocare lo stato di necessità delle strutture per i casi di emergenza: i neuropsichiatri sono riusciti, in questi ultimi anni, a vincere la battaglia di civiltà contro l'emarginazione dei malati mentali, conclusasi con la chiusura per legge dei famigerati manicomi, anche contro i notevoli e ovvi rischi derivanti dalle difficoltà di intervento su soggetti adulti, potenzialmente pericolosi e pertanto difficili da inserire nelle famiglie e nella società; non si comprende perché i pediatri siano rimasti finora più tiepidi nell'intraprendere la stessa strada, che si presenta senza dubbio più facile da percorrere, contro ogni forma di emarginazione sociale dei minori.

Ilario Attisani, Locri (RC)

I paragrafi in questione dell'art.4 della legge 285 (lo ricordo affinché il lettore possa meglio comprendere la questione) riguardano "piccole comunità educative-riabilitative" (par. e), "residenze per donne agli arresti domiciliari" (par. f) e "case di accoglienza per donne in difficoltà con figli minori o in gravidanza nonché la promozione da parte di famiglie di accoglienza per genitori singoli con figli minori" (par. g).

Il dottor Attisani richiama l'attenzione, e fa bene, sul rischio, sempre presente, che queste soluzioni diventino delle scorciatoie istituzionali per risolvere il problema di minori (o adulti con minori) emarginati o in situazione di difficoltà.

Si tratta di vedere di quali problemi stiamo parlando e di quali possano essere le soluzioni alternative: per minori con patologia e handicap molto severo o con seri problemi psichiatrici e comportamentali, o per donne in gravi difficoltà, la soluzione di un affido o "accoglienza" anche temporanea in famiglia - che d'altronde la legge sostiene e richiama esplicitamente -, non sempre è possibile, come il dottor Attisani certo sa, per "carenza di offerta". Certo c'è da suscitare, supportare, sorreggere un movimento e una pratica in questo senso, come alcune amministrazioni locali hanno iniziato a fare. Ma resta obbligo dello Stato o meglio degli Enti Locali non lasciare questi bambini e queste donne sulla strada, o peggio in balia di chi ha provocato la loro disgrazia. Abbiamo di questo già visto, con casi di pervicaci tentativi di salvare

situazioni familiari che poi si sono tragicamente risolte. Il problema c'è e non credo che possa essere risolto solo da una certa auspicabile (non so quanto legittima nel contesto di questa specifica legge) abolizione degli istituti. Anche la legge 180 ha abolito i manicomi ma poi è stato l'impegno degli amministratori locali, delle comunità e la creatività degli operatori a fare in modo che questo significasse qualcosa di buono per i malati. In questo caso credo che la legge dica quello che poteva dire, anzi si spinga molto in là nel suggerire una vasta gamma di interventi a supporto e a prevenzione di situazioni difficili. Ritengo prioritario impegnarsi per applicarla in quello che già dice, battersi perché i soldi vengano spesi e spesi bene, e possibilmente fornire esempi creativi di soluzione dei problemi, basati sul minimo (nel tempo e nel luogo) di istituzionalizzazione congiunto al massimo sforzo di supporto al vecchio o a un nuovo nucleo familiare. Abbiamo 115.000 leggi in Italia, molte delle quali all'avanguardia in Europa proprio nel campo della famiglia, ma una realtà istituzionale e civile ancora arretrata.

Quanto al motivo per cui i pediatri sono rimasti finora tiepidi nella lotta agli istituti, la risposta è semplice: perché, nel migliore dei casi, non hanno voluto né vedere né sapere. Perché, come si dice, «non rientrava nei loro compiti».

Ora le cose stanno cambiando, lentamente, ma la strada è lunga: la legge deve entrare soprattutto dentro di noi.

Giorgio Tamburlini

Reazioni avverse ai vaccini

Sono un pediatra di Modena e mi occupo di prevenzione collettiva in età pediatrica, e in particolar modo di vaccinazioni. Leggo sempre con interesse la rivista *Medico e Bambino* che nel numero di dicembre '97 ha pubblicato un apprezzabile articolo sulle reazioni avverse ai vaccini a cura del prof. Giorgio Bartolozzi. Conoscendo l'ampio e giustificato credito di cui gode *Medico e Bambino* tra tutti noi pediatri, credo doveroso far presente che alcune affermazioni riportate nell'articolo non mi sembrano del tutto corrette. Mi riferisco in particolare a quanto segue:

1. Viene affermato che "un legame sicuro esiste fra vaccino contro la rosolia e artrite acuta che cronica" (riportato sia nel testo che nella *Tabella V*, pag. 34/646). Nel RR-12 di *MMWR* (vol.45, 1996) si confermano i dati della pubblicazione dell'Istituto di Medicina degli Stati Uniti del '91, che afferma l'esisten-

za di evidenza stabilita per la relazione causale tra vaccinazione antirubeolica e artrite acuta, mentre per quella cronica l'evidenza sarebbe a favore di un'accettazione della relazione causale, ma non di un rapporto stabilito. Successivamente su *JAMA* (vol. 278, n.7; 551-556, 1997), P. Ray e collaboratori, partendo proprio dalle affermazioni dell'Istituto di Medicina, concludono che non vi è evidenza di aumentato rischio di artrite cronica nelle donne sottoposte alla vaccinazione antirubeolica.

2. Per quanto riguarda la comparsa di shock anafilattico a seguito di vaccinazione anti-epatite B, la frequenza di 1/600.000 (pag. 33/645 e *Tabella III*) è solo uno dei diversi valori riscontrati in diversi studi di sorveglianza citati nel RR-12 di *MMWR* (vol. 45, 1996). In particolare si tratta di quello dedotto dal VAERS degli Stati Uniti. Non capisco in base a quali criteri sia stato considerato "il valore" a cui fare riferimento. Forse sarebbe più corretto affermare che è quello che l'autore considera più attendibile, citandone la provenienza.

Quanto poi alla possibile correlazione tra vaccinazione contro l'epatite B e sindrome di Guillain-Barré, se è vero che nel solito supplemento di *MMWR* del '96 si afferma che non vi sono prove sufficienti per accettare o respingere un rapporto di relazione causale, è anche vero che dal Sistema nazionale di sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini sono stati segnalati casi sia di Guillain-Barré che di neurite periferica, fortunatamente tutti regrediti senza esiti (dati non pubblicati). Credo sia importante che i pediatri siano informati anche di questi dati nazionali, per completezza di conoscenza riguardo all'argomento trattato nell'articolo (specificando che si tratta di sintomi per i quali attualmente non è stata riscontrata sicura correlazione con il vaccino) e per sollecitare la loro attenzione alla segnalazione dell'eventuale comparsa di questi sintomi attraverso l'apposito flusso informativo che fa capo alle Regioni e al Ministero.

3. Nella *Tabella II* di pag. 33/645, accanto alla voce sindrome di Guillain-Barré, andrebbe precisato, come per gli altri effetti collaterali citati, l'attribuzione alla componente tetanica, per evitare errate interpretazioni, anche se è vero che nel testo l'attribuzione è esplicitata chiaramente.

4. A pag. 34/646, mentre nel testo si afferma che esistono prove per accettare una relazione causale tra OPV e sindrome di Guillain-Barré, nella *Tabella VI* si dice che le prove sono insufficienti per accettare o respingere il rapporto causale. Questa contraddizione potrebbe la-

sciare perplesso chi legge. In realtà su *MMWR* si parla di evidenza che favorirebbe l'accettazione di una relazione causale, ma su un recente numero di *Lancet* (vol. 381, 79-80, 1998) è stata pubblicata un'interessante comunicazione di Salisbury (Department of Health, Londra) che conclude dicendo che sul possibile ruolo dell'OPV nella patogenesi della GBS non esiste ancora una risposta soddisfacente.

Mi interesserebbe inoltre avere spiegazioni riguardo alla possibilità di comparsa di reazioni anafilattiche, o addirittura shock anafilattico, entro un intervallo di tempo così lungo dalla vaccinazione (7 giorni) come quello riportato sul medesimo articolo, che peraltro corrisponde a quanto pubblicato sul *Red Book '97*.

Luisella Grandori
Responsabile del Centro Vaccinale
Distretto n. 3, Modena

Prima di rispondere alla sua lettera nel dettaglio, mi permetta due considerazioni:

1. Per prima cosa mi voglio congratulare con lei per l'accuratezza con la quale dimostra di seguire la letteratura sui vaccini e per lo spirito critico, sempre utile nella nostra professione, che usa nei confronti di quanto legge

2. Voglio successivamente sottolineare che tutti i suoi rilievi riguardano malattie associate alla vaccinazione (artrite acuta e cronica, sindrome di Guillain-Barré), nella cui patogenesi esiste una forte partecipazione individuale: nelle quali cioè il vaccino ha una funzione di grilletto ("trigger"), cioè di rilevatore di una situazione di tipo autoimmunitario, legata probabilmente a fattori genetici (HLA), caratteristici del soggetto. Le incertezze sui legami fra vaccinazione e questo tipo di malattie sono quindi comprensibili: le certezze assolute non possono esistere, dato il basso numero di soggetti preso in considerazione. Solo i grandi numeri e quindi solo dopo alcuni lustri dall'entrata in uso dello specifico vaccino sarà possibile avere una conoscenza migliore della realtà vera (rilegga le prime due pagine dell'articolo su *Medico e Bambino*).

Ma veniamo ai singoli punti:

□ **Vaccinazione contro la rosolia e artrite acuta e cronica.** L'Istituto di Medicina dell'Accademia Americana delle Scienze (*Clin Infect Dis* 15, 307-12, 1992) assegna, per la vaccinazione contro la rosolia, l'effetto contrario "artrite acuta" al punto 5 (esistono cioè prove sicure per una relazione causale), mentre l'effetto "artrite cronica" viene assegnato al pun-

to 4 (esistono cioè prove a favore dell'accettazione di una relazione causale): pur riconoscendo che esiste una diversità nella classificazione, la differenza fra le due valutazioni mi sembra così sfumata da doverle nella pratica accogliere ambedue. Il lavoro di Ray da lei citato (*JAMA* 278, 551-6, 1997) riguarda 971 donne, troppo poche per affermare in modo assoluto che non c'è rapporto fra vaccinazione contro la rosolia e forme croniche di artrite. Anche in un quasi contemporaneo lavoro canadese (*Lancet* 349, 1277-81, 1997) viene riconosciuta una significativa associazione fra artralgia e artrite acuta con la vaccinazione antirosolia (con ceppo RA 27/3), mentre la frequenza dell'artralgia o dell'artrite cronica risultò soltanto marginalmente significativa ($p=0,042$), ma anche in questo caso il numero delle donne era relativamente basso (270 soggetti). Secondo me, il problema non va visto solo da un punto di vista sperimentale, ma va osservato anche dall'altra parte (*Arthritis Rheum* 39, 1529-34, 1996): al National Vaccine Injury Compensation Program (US Public Health Service) sono giunte 124 segnalazioni di artropatia cronica, associate alla vaccinazione contro la rosolia; molte di queste segnalazioni vennero riconosciute come veritiere. La US Federal Court of Federal Claims ha accettato una relazione causale fra vaccino contro la rosolia e alcune artropatie croniche con un inizio fra 1 e 6 settimane dopo la somministrazione del vaccino. E allora? Una chiave di lettura la si può ricavare da uno studio recentissimo che stabilisce un rapporto fra HLA-DRII classe II e manifestazioni articolari, indotte dal vaccino della rosolia (LA Mitchell et al, *J Infect Dis* 177, 5-12, 1998).

Che tutte le donne in età fertile, sieronegative per la rosolia, vadano comunque vaccinate siamo tutti d'accordo, solo in tal modo combatteremo l'embriopatia rubeolica, ma questo non significa che non dobbiamo riconoscere l'esistenza di effetti collaterali spiacevoli, abbastanza rari, ma altrettanto gravi. Che poi questi stessi effetti sarebbero potuti insorgere successivamente, anche per altre cause, questa volta naturali, è un altro discorso, che potremo affrontare un'altra volta.

□ **Vaccinazione contro l'epatite B e anafilassi.** Ho scelto quanto riportato dal Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) perché ritengo che i dati da esso riportati siano quelli più aderenti alla realtà. Cosa doveva ricordare che nella Columbia britannica c'è stato un solo caso di anafilassi su 110.763 vaccinati, o che in Nuova Zelanda non si è avuto nessun caso su 166.757 bambini vaccinati con vaccino plasma-derivato?

Ma dovendo riportare tutte le citazioni, quanto sarebbe divenuta lunga la pubblicazione a stampa? La vita è tutta una scelta, basta che ogni scelta sia fatta in piena scienza e coscienza, pronti a manifestarne le ragioni (come sto facendo) a chiunque desideri conoscere le ragioni della scelta. Richiamo a questo punto la sua attenzione sul fatto che sia in *MMWR* che nel mio lavoro si parla di "anafilassi o reazioni anafilattiche" e non di shock anafilattico, come lei scrive.

D'accordo sull'importanza dei dati nazionali, che purtroppo non sono stati ancora pubblicati.

□ **Vaccinazione contro la poliomielite e sindrome di Guillain-Barré.** Trenta Paesi europei, tra cui l'Italia, hanno avviato un'estesa sorveglianza, a cura dell'ISS e del Ministero della Sanità, di tutti i casi di paralisi flaccida acuta (APF), soprattutto nella popolazione fino a 15 anni di età, al fine di svelare l'eventuale circolazione residua di poliovirus e per documentare l'assenza del virus in vista della certificazione finale. La sorveglianza implica che vengano segnalati tutti i casi di APF, indipendentemente dalla diagnosi clinica (inclusi quindi la sindrome di Guillain-Barré, la mielite trasversa e altro) e che vengano inviati due campioni di feci per accertamenti virologici (*S. Wassilak, RIP* 23, 783-88, 1997 e *Circolare ISS*). Quando saremo in possesso dei dati, il nostro giudizio sarà più preciso.

□ **Tempo intercorso fra vaccinazione e comparsa dell'anafilassi (shock anafilattico e reazioni anafilattiche).** All'inizio della terza colonna a pag. 645 di *Medico e Bambino* mi sembra di aver dato una spiegazione del perché nelle pubblicazioni USA il tempo massimo fra i due eventi sia di 7 giorni (*MMWR, Red Book* e altri). Ma è meglio ripetere: è chiaro, anche per una diretta esperienza, che lo shock compare entro pochi minuti dalla somministrazione del vaccino, ma nel caso specifico si fa riferimento a tutte le altre reazioni anafilattiche (orticaria, angioedema, sensazione di oppressione retrosternale e altro), che possono iniziare in qualche caso anche a maggior distanza di tempo. Va ricordato che la fissazione dei tempi massimi deve essere sufficientemente ampia per comprendere tutti i casi che possono presentare questo effetto collaterale grave, perché è in base a questo limite che vengono o non vengono accettate, per un risarcimento economico, eventuali segnalazioni.

Nella speranza di essere stato esauriente, la saluto cordialmente

Giorgio Bartolozzi