

La guerra dei lattini: la parola al lattaiolo

È il nemico che vi parla. Sì, sono proprio io, l'erede dei folletti che nelle fiabe delle vallate alpine si introducevano nelle case per succhiare il latte dai seni delle balie, l'informatore dei dietetici.

Mi presento meglio: sono uno che dopo una laurea in chimica e una in farmacia, opera ormai da 24 anni nel settore dell'informazione dietetica, in una zona che non è quella di Trieste ma è con essa confinante. Vorrei con questa mia rendere alcune testimonianze e fare alcune considerazioni "dall'altra parte della barricata".

Per quanto attiene al mercato italiano, posso dire che in tanti anni non ho mai avuto dalla mia azienda nessun input per favorire l'allattamento artificiale a scapito del materno, né ho mai conosciuto nella mia zona pediatri che scoraggiassero l'allattamento al seno per l'artificiale.

Ho conosciuto invece, e conosco pediatri (non molti a dire il vero) che per favorire l'amico-nemico cambiano senza motivo il latte in uso con altro, verosimilmente non senza "vantaggi".

Ho notato, semmai, un ricorso troppo frequente ai lattini speciali. L'Italia è la prima in Europa nell'uso di questi prodotti. Colpa delle industrie o colpa dei pediatri? Industrie che non mi sembra però vogliano o possano condizionare più di tanto il settore, se è vero che a fronte di un aumento esponenziale di convegni e relative richieste di sponsorizzazioni, c'è un aumento altrettanto consistente dell'allattamento al seno. Dopo gli anni del topless e delle relative considerazioni estetiche sul seno, ora le donne hanno ripreso ad allattare, grazie anche agli insegnamenti che ricevono attraverso i corsi e convegni sponsorizzati dalle industrie dei lattini.

Si accusano le aziende di avere approfittato di un periodo di depressione culturale (la seconda guerra mondiale) per introdursi in Italia: ma prima cosa c'era? vogliamo tornare al baliatico? è più morale il seno mercenario o il biberon? Mi sento di affermare che se in Italia molti prematuri sono diventati adulti, se tanti genitori hanno potuto passare delle notti tranquille, questo è anche merito dell'industria del dietetico, che ha sì come scopo il profitto, ma che sa che, perché il profitto si perpetui, bisogna curare anche la qualità: dei prodotti, della ricerca, dell'informazione.

Riguardo a ciò che avviene nei Paesi in via di sviluppo, vorrei domandare. Se i bambini morti a causa del latte in pol-

vere sono migliaia, quanti ne morivano prima? Perché organizzazioni umanitarie chiedono così spesso, per questi, forniture di latte in polvere?

Che se poi penso alla esiguità della rete commerciale e distributiva e all'esiguo potere di acquisto di tanti di quei Paesi, mi sembra impossibile che aziende che guadagnano migliaia di miliardi nelle nazioni ricche con prodotti che non hanno implicazioni morali (Nescafé) vadano a grattare il fondo del barile nei Paesi poveri per attirarsi l'odio dei benpensanti.

Termino ringraziando i "nemici" Cataneo e Quintero-Romero per l'attenzione che dedicano a questo settore. È anche grazie a loro se avremo una informazione medica sempre più rispettosa della pediatria. Ma vorrei invitarli a non dividere l'umanità in buoni e cattivi; non esistono i buoni-buoni e i cattivi-cattivi. Anche le industrie dei lattini possono dare un contributo al miglioramento dell'umanità.

E soprattutto sappiate che anche dall'altra parte della barricata ci può essere un nemico dal volto umano.

Marino Marella, Mestre

Questa lettera si aggiunge alla serie sui lattini (conclude il round?); e apre (forse) la porta alla presenza, diretta e dialettica, su questa rubrica, dell'industria. Non ho commenti da fare, se non uno, da Bastian Contrario quale sono. È proprio un male, è proprio un segno di arretratezza culturale, essere al primo posto nell'uso di lattini speciali? siamo proprio certi che gli altri Paesi facciano per forza le cose meglio di noi? Noi siamo il solo Paese europeo col pediatra di famiglia nel servizio sanitario nazionale; molti di noi credono ancora che sia un bene; e io non posso non essere tentato di pensare che sia una più diffusa cultura nutrizionista in Italia ad aver portato a un più diffuso utilizzo dei lattini speciali.

Certo, non c'è uso corretto che non si accompagni a un uso improprio; non c'è abitudine che non tenda a diventare moda, e non c'è moda che non cambi. Ma è anche certo che in pochi anni la patologia grave da ipersensibilità al latte, grazie a questo "abuso", è scomparsa. C'è qualcuno che non se n'è accorto: sono gli stessi che non la sapevano vedere quando era sotto il loro naso; oltre ai colleghi più giovani che non l'hanno mai vista.

La mia opinione è che i lattini speciali siano tra i servizi che le industrie dei dietetici (che non saranno per questo necessariamente monde da ogni peccato) hanno reso; e che la maggior parte dei pediatra

tri di famiglia che io conosco li utilizzino ragionevolmente.

F.P.

Adrenalina: commenti a un articolo

La posizione degli Autori (Longo G e Bradaschia F, Adrenalina: tante vie per tante indicazioni, *M&B* 1/97), che suggeriscono l'utilizzo dell'A. per via inalatoria per il trattamento dello shock anafilattico, desta notevoli perplessità, e non è condivisa dai testi più autorevoli sull'argomento, per diversi motivi:

□ l'attività dell'A. per via aerosolica si esercita soprattutto sul tratto respiratorio (Goodman & Gilman), mentre l'intervento d'urgenza nella reazione anafilattica deve mirare inizialmente soprattutto a sostenere il circolo e lo stato di shock;

□ non vi è protocollo di trattamento dello shock che non sostenga l'assoluta priorità della somministrazione di adrenalina per via parenterale, l'unico dubbio presentandosi a volte nella scelta tra via intramuscolare o sottocutanea; la via aerosolica viene menzionata sul Martindale, dove si sostiene che può essere adottata come terapia aggiuntiva solo quando la via parenterale non può essere usata. Peraltro, anche i (pochi) Autori che sostengono l'uso dell'A. per via inalatoria, la suggeriscono nel trattamento delle reazioni a localizzazione solo respiratoria, e non nell'anafilassi;

□ in accordo e in aggiunta a queste osservazioni occorre sottolineare che l'A. per via inalatoria non esiste in commercio in Italia, è stata recentemente tolta dal commercio in Germania, e in Europa si trova in vendita solo in Austria, Svizzera, Olanda e Polonia;

□ è sorprendente l'affermazione che l'uso dello spray sia di più facile e immediata esecuzione. Chiunque abbia una pratica di patologia respiratoria sa benissimo quanto sia difficile insegnare a un paziente l'uso corretto degli aerosol dosati, e come la tecnica debba essere controllata frequentemente, perché i pazienti tendono a dimenticarla: è difficile immaginare che un paziente, in un momento di malessere e di panico quale occorre nel corso di una reazione anafilattica, possa praticare con efficacia e tecnica corretta le 20-30 inalazioni che sono necessarie per raggiungere un dosaggio adeguato. Gli stessi Autori qui citati (Heilborn et al, *JACI*, 1986) ammettono che il tempo necessario per effet-

tuare le 20-30 inalazioni è eccessivo, ed inoltre ammoniscono che le loro osservazioni sull'assorbimento del farmaco non possono essere usate come *therapeutic guidelines* senza adeguata documentazione clinica;

□ in realtà, proprio la somministrazione mediante auto-iniettore in questi casi è *realmente* più facile e immediata, proprio grazie al fatto che non vi sono aghi o calcoli di dosaggio o attenzioni particolari all'auto-somministrazione. Le critiche all'auto-somministrazione di adrenalina per via parenterale sono dirette in genere alle siringhe pre-dosate, ma la maggior parte delle obiezioni tecniche non hanno ragione di essere con l'impiego dell'auto-iniettore da anni adottato in tutto il mondo e da poco finalmente disponibile anche in Italia.

Destano infine perplessità alcune affermazioni riguardanti presunte *ripercussioni negative* che deriverebbero dalla prescrizione dell'A. per auto-iniezione. Il paziente *deve sapere* che il suo problema è potenzialmente fatale, ed è proprio per questo che gli viene prescritto un farmaco salva-vita. Basterà questa informazione a impedire che il soggetto abbassi il livello di guardia. Ci sembra invece ben più pericoloso diffondere la sensazione, come avviene nell'articolo in oggetto, che la via aerosolica possa essere adeguata a controllare la reazione, e rischiare che alcuni pazienti vadano in giro senza avere a disposizione l'unica arma di intervento universalmente riconosciuta come efficace nel trattamento d'urgenza dello shock anafilattico.

Bibliografia

- Patterson R, Valentine M: Anaphylaxis and Related Allergic Emergencies Including Reactions Due to Insect Stings. *JAMA* 248, 2632-36, 1982.
- Barach EM, Nowak RM, Tennyson GL, Tomianovich MC: Epinephrine for Treatment of Anaphylactic Shock. *JAMA* 251, 2118-22, 1984.
- Sheffer AL: Anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 75, 227, 1985.
- Yunginger JW, Sweeney KG, Sturmer WQ et al: Fatal Food-Induced Anaphylaxis. *JAMA* 260, 1450-2, 1990.
- Hutcheson PS, Slavin RG: Lack of preventive measures given to patients with stinging insect anaphylaxis in hospital emergency rooms. *Ann Allergy* 64, 1, 1990.
- Bochner BS, Lichtenstein LM: Anaphylaxis. *N Engl J Med* 324, 1785-90, 1991.
- Yunginger JW: Anaphylaxis. *Ann Allergy* 69, 87, 1992.
- Sampson HA, Mendelson L, Rosen JP: Fatal and near-fatal Anaphylactic Reactions to Food in Children and Adolescents. *N Engl J Med* 327, 380-4, 1992.
- Marquardt DL, Wasserman SI: Anaphylaxis. In: Middleton E JR et al (Eds), *Allergy, Principles and Practice*, Mosby 1993, 1687-1704.
- AAAI Board of Directors, Position Statement: The use of Epinephrine in the Treatment of Anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 94, 666-8, 1994.
- Frazier CA: Epinephrine for Anaphylaxis. *Ann Allergy* 72, 393, 1994.
- EAAACI Position paper: Adrenaline for emergency kits. *Allergy* 50, 783, 1995.

Enzo Madonini, Responsabile del Servizio di Allergologia, Istituto Villa Marelli, Milano

Ringrazio il dott. Madonini per la sua lettera che favorisce una più critica lettura del mio articolo e mi dà l'occasione di meglio puntualizzare questo delicato aspetto della terapia dell'anafilassi. Sono perfettamente d'accordo con lui (e come potrei non esserlo?) sul fatto che l'A. nello shock anafilattico deve essere fatta obbligatoriamente per via parenterale. Anzi, non condivido che possano esserci dubbi nella scelta della via intramuscolare (o e.v.): con l'iniezione sottocutanea si ottiene un assorbimento troppo lento e variabile del farmaco e specie nel paziente shockato.

Ma nel mio articolo l'inalazione dell'A. spray era suggerita soltanto nell'autogestione della reazione allergica, che di fatto rappresenta il momento preventivo più che terapeutico dell'anafilassi e che, per forza di cose, può e deve essere fatta dal paziente stesso al primo segnale di reazione allergica e non certamente in situazione di shock conclamato.

La "più facile ed immediata esecuzione" dello spray voleva riferirsi non al gesto tecnico che, probabilmente, vede più semplice l'impiego dell'auto-iniettore, ma alla più bassa soglia di ricorso al farmaco: il paziente non avvezzo a procedure mediche ha certamente minori titubanze a inalare lo spray che a farsi una "puntura", e anche una manciata di minuti di vantaggio potrebbe risultare non indifferente. L'A. topica ha poi il vantaggio, forse non provato ma difficile da negare, della maggiore rapidità ed efficacia nel contrastare l'ostruzione respiratoria alta (e bassa), che nell'anafilassi rappresenta l'evento più drammatico.

Ma è certamente vero anche che l'uso dello spray richiede una destrezza non facile da ottenere e questo, assieme al tempo necessario per poter eseguire i 10-20 puffs, rappresenta l'aspetto più negativo

di questa via di somministrazione.

Nell'articolo di Heilborn (1986) citato, veniva dimostrato il rapidissimo assorbimento dell'A. per via inalatoria (picco massimo di adrenalina in tutti i soggetti entro 5' dall'inalazione), al contrario di quanto accade nella via sottocutanea (picco massimo variabilissimo e in alcuni casi molto tardivo, fino a una due ore dopo l'inoculazione). Ma essendo uno studio su volontari sani, non poteva che essere rimandata alla sperimentazione "sul campo" la definizione di una sua possibile applicazione clinica. Noi non abbiamo esperienza con l'A. inalatoria nell'anafilassi, ma è importante ricordare a questo proposito la lettera di J.O'B Hourihane e J.O. Warner del Dipartimento di Pediatria dell'Ospedale di Southampton, pubblicata nel 1995 su "Archives of Disease of Childhood", nella quale gli autori criticano (esattamente al contrario del dott. Madonini) la scarsa importanza data in un precedente articolo ("Management of anaphylactic reactions to food" 71, 370-5 1994) alla terapia con l'A. inalatoria. Nell'esperienza degli Autori questa rappresenta, assieme agli antistaminici, la terapia di elezione per ogni reazione allergica medio-grave fino all'edema della glottide compreso; e viene sempre associata all'A. per via iniettiva nelle reazioni anafilattiche più gravi.

Ma particolarmente utile è ricordare quanto gli Autori scrivono a proposito dell'utilizzo precoce (preventivo) dell'A. spray e che riporto integralmente: "Di fatto, uno di noi ha avuto più di vent'anni di esperienza di direzione in un servizio allergologico e non c'è mai stato nessun paziente che abbia avuto bisogno di ricorrere all'A. iniettiva avendo usato la forma inalatoria al primo segno di reazione allergica. La più bassa soglia di utilizzo dell'A. spray ai primi sintomi, quali per esempio il formicolio alle labbra o alla gola, può aver bene impedito reazioni più gravi".

Dopo aver inoltre ricordato che questi bambini, che sono spesso anche asmatici, non hanno alcun problema ad usare gli spray, gli Autori concludono affermando che: "Dal nostro punto di vista, la cosa più grave nel prossimo futuro sarà la perdita del Medihaler-Epi (nome commerciale dell'A. spray) per colpa della messa al bando degli spray con clorofluorocarburi" (per il problema del buco dell'ozono, n.d.r.).

Ma anche un organo ufficiale ed autorevole come l'European Academy of Allergy and Clinical Immunology menziona l'A. spray come possibile farmaco da tenere nell'"emergency kits for self-medication", in una recente "position paper" sul

trattamento di emergenza delle reazioni allergiche alla puntura di insetti (*Clin Exp Allergy* 21, 281-88, 1991).

La mia esperienza con il Medihaler-Epi spray, lo ripeto, si limita oggi soltanto all'averlo prescritto (non ci sono problemi a farlo arrivare dalla Svizzera), e sempre assieme all'A. per autoinoculazione (Fast-Jekt), a singoli pazienti adulti, e nessuno di questi, che mi risulti, ha avuto ancora occasione di usarlo.

Assicuro però che tutti sono stati molto contenti di attrezzarsi con un farmaco potenzialmente più attivo sull'edema della glottide.

G.L.

Eradicazione del morbillo: un'esperienza locale

In Italia la vaccinazione antimorbillosa è raccomandata dal Ministero della Sanità dal 1979, in accordo con le indicazioni del OMS che, a sua volta, ha proposto alla Regione Europa l'obiettivo dell'eliminazione del morbillo entro il 2000. Il Consiglio Superiore di Sanità, da parte sua, ha più volte espresso parere favorevole sulla obbligatorietà della vaccinazione antimorbillosa; ma, nonostante la presentazione di numerosi progetti di legge in Parlamento, non se ne è fatto ancora niente. Il Consiglio Sanitario Nazionale, nel 1985, ha promosso su larga scala campagne di vaccinazione di massa contro il morbillo, sulla base di una strategia propositiva indicata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS); 9 regioni italiane, compresa la Campania, sono state incluse nel progetto, e altre 5 vi hanno successivamente aderito, con finanziamenti propri.

In questo contesto, il Servizio di Ecologia della USL3 di Atripalda ha avviato la campagna vaccinale antimorbillo, con la supervisione del ISS e della Regione Campania, con l'obiettivo di interrompere la circolazione del virus.

L'offerta attiva del vaccino ad ogni singolo suscettibile era l'aspetto cruciale della strategia.

Il raggiungimento dell'obiettivo della eliminazione della circolazione dell'infezione doveva essere dimostrato attraverso l'osservazione, con un sistema di sorveglianza attivo, dell'assenza di casi secondari ad eventuali casi indice che avessero contratto l'infezione all'esterno della popolazione di riferimento.

Materiali e metodi

Sono stati coinvolti 4 comuni apparte-

nenti all'ex Consorzio Sanitario del Serino, con una popolazione residente di 12.379 abitanti (al 30/9/90).

Sono stati organizzati 2 incontri con gli insegnanti dei Comuni interessati. Gli insegnanti sono stati incaricati di consegnare ai genitori:

a) una lettera in cui l'Ufficio Sanitario offriva gratuitamente la vaccinazione antimorbillosa;

b) un questionario per identificare i bambini con storia di morbillo o di vaccinazione antimorbillosa.

I bambini suscettibili sono stati convocati mediante cartolina postale presso gli uffici vaccinali dei comuni interessati, scaglionati per fasce di età, sia in orario antimeridiano che pomeridiano. Compiuta la vaccinazione di massa entro il 1990, nel periodo successivo sono stati convocati i nuovi nati al compimento del 13° mese; tutti i bambini con controindicazioni temporanee sono stati convocati con le stesse modalità.

Contatti coi medici del territorio e collegamenti sistematici con le scuole hanno costituito la base del sistema di sorveglianza attiva; ogni caso scoperto veniva investigato per riconoscere la fonte del contagio; l'investigazione a ritroso si fermava all'anello della catena situato fuori del territorio esposto al programma; l'investigazione "in avanti" arrivava fino all'identificazione di eventuali futuri potenziali anelli su cui intervenire.

Risultati

L'indagine anamnestica effettuata all'inizio del programma ha permesso di identificare 1010 (59,55%) bambini immuni, per vaccinazione pregressa (7,43%) o per malattia superata (52,12%). Sono stati vaccinati 664 bambini (96,79% dei suscettibili). La campagna vaccinale di massa, iniziata il 2/4/90, è finita il 30 settembre dello stesso anno.

Dopo il compimento di questa prima fase, nei 6 anni successivi si è provveduto a vaccinare tutti i nuovi nati dopo raggiunto il 5° mese, e tutti i bambini di età 15 mesi - 17 anni che sono venuti via via a risiedere nei 4 comuni coinvolti nel programma.

Al 10 settembre del '96 dei 2747 bambini di età tra 15 mesi e 17 anni, risultano protetti 2740 (99,74%), di cui 876 (31,89%) per morbillo pregresso, 177 (6,44%) per vaccinazione pregressa, 1697 (61,41%) per vaccinazione attivamente offerta dall'inizio del programma. Solo 7 bambini (0,26%) risultano senza storia di morbillo e non vaccinati per rifiuto dei genitori.

La sorveglianza attiva è in atto dal '90

ad oggi. Dall'inizio del programma fino al 30 settembre '96 sono stati identificati 5 casi di morbillo. I primi 3 casi si sono verificati in un periodo in cui c'era stata una vivace circolazione del virus nei paesi limitrofi. Si tratta:

1) di uno studente 17enne, non vaccinato, che frequentava la scuola media superiore ad Avellino;

2) di una adolescente non vaccinata (avendo dichiarato di aver superato la malattia), che ha contratto verosimilmente l'infezione in un ambulatorio odontoiatrico;

3) della sorella sedicenne, del n. 2, non vaccinata, infettata da quest'ultima.

Gli altri 2 casi si sono verificati nel '95, e riguardano due fratelli. Il primo era stato considerato immune anamnesticamente, ma a un esame sierologico era stato riconosciuto non immune. La madre aveva preferito rimandare la vaccinazione "a dopo le vacanze" e infatti, al mare, il bambino si è ammalato. La sorella di 11 mesi, pur essendo stata vaccinata alla comparsa dell'esantema del fratello maggiore, ha egualmente contratto il morbillo.

Discussione

I risultati di questa esperienza confermano la validità della strategia di eliminazione proposta dall'ISS. In particolare dimostrano che l'offerta attiva sia la condizione necessaria e sufficiente per avere alti tassi di vaccinazione, quanto basta per ottenere una adeguata "herd immunity" anche in assenza di specifiche campagne informative (manifesti, locandine, opuscoli ecc.); i risultati sono conseguenza della determinazione e della credibilità degli operatori di Sanità pubblica coinvolti.

Ciriaco Furcolo, ASL AV2, Atripalda;
Giuseppe Furcolo, Clinica Pediatrica,
Università La Sapienza, Roma

Non c'è niente da aggiungere; questa esperienza toglie argomenti e giustificazione a chi accusa "altri" (il difetto di educazione sanitaria, il disimpegno delle Regioni, la non obbligatorietà) della distribuzione "a pelle di leopardo" delle vaccinazioni in Italia.

Quello che ha fatto Furcolo lo potrebbe (lo dovrebbe) fare ogni responsabile di ASL. Perché no? Furcolo ha fatto con la "giusta" determinazione (normale, in un Paese normale; quasi eroica, nel nostro strano Paese) semplicemente quello che doveva fare.

F.P.