

## 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.

### Un bravo pediatra

Sono un pediatra di famiglia convenzionato da 20 anni e ho sempre seguito con interesse la vostra rivista. L'iniziativa sullo svezzamento mi trova in pieno accordo con il promotore Lucio Piermarini. Vorrei però commentare, del collega Piermarini, sia l'articolo "Alimentazione complementare a richiesta: oltre lo svezzamento" (*Medico e Bambino* 2006;25:439-42) sia "Qualcosa di nuovo, dopo il latte" (*Un pediatra per amico-UPPA* 2006;6, n.3:10-11); contemporaneamente vorrei fare riferimento alla lettera di Luciano Proietti "Autosvezzamento" (*Medico e Bambino* 2007;26:82-3).

Premetto quanto segue:

1. In *Nelson XV* edizione, pag. 143, si legge: un'alimentazione corretta aiuta a prevenire le malattie acute e croniche e a sviluppare le potenzialità fisiche e mentali. Poiché alcune sostanze essenziali rimangono sconosciute, un'alimentazione variata rappresenta l'unico modo prudente. Le diete che assicurano una corretta alimentazione sono assai diverse fra loro.

2. In passato ho fatto assumere a un mio nipote, all'età di 5 mesi di vita, che rifiutava qualsiasi alimento per bambini, spaghetti con il sugo (!); oggi ha circa 21 anni.

3. Da sempre ho consegnato alle madri un mio schema personale di divezzamento, accolto sempre favorevolmente; mi ha reso il lavoro più semplice, non perdendo tempo a fare l'Artusi.

4. Nei "messaggi chiave" del suo articolo su *Medico e Bambino* il collega Piermarini (pag. 442) scrive: "Il bambino deve solo avere la fortuna di incappare in un bravo pediatra", mentre nella filastrocca sulla rivista *UPPA* si esprime così: "è al tramonto e poche schiappe/di pediatri un po' di stratti/ O carissimo dottore/forse troppe son le ore/ che tu passi a scribacchiare/ di vasetti e creme rare/molli pappe e schemi folli/ che fan crescer pappe molli/Usa bene la tua testa/Pupi e mamme sono stufi/di star a sentir voi gufi/Tu rispetta ogni contesto/e il buon senso farà il resto".

5. Luciano Proietti, pediatra di famiglia, nella lettera scrive: "iniziai un percorso personale di studio antropologico e di ricerca all'interno e al di fuori dell'Accademia (la scienza ufficiale): quasi tutti i problemi di salute possono essere messi in relazione con l'alimentazione". Per me vuol dire che le otiti, le tonsilliti, le laringiti, le bronchiti, le riniti, le asme, le allergie

ecc., possono essere evitate con una alimentazione fisiologica? Se così fosse, tutto quello che si è imparato su antibiotici, vaccini, spirometrie, tamponi faringei, protocolli per l'asma e prick test, sarebbe inutile. Quando cominceremo a parlare di prevenzione vera? Se mettessimo da parte le nostre ansie, le nostre paure, le nostre ottusità, i nostri interessi? Ed ecco i miei commenti.

*Primo commento:* le parole della filastrocca del dott. Piermarini, con i principi del quale, come ho detto, sono d'accordo, le trovo offensive (si commentano da sé); personalmente mi hanno ferito (e ancor di più mi feriscono se penso che siano state lette da genitori).

*Secondo commento:* i primi a non credere (o a credere solo in parte) nella medicina siamo noi medici; se il collega Proietti ha il segreto di come fare la medicina vera per "evitare le malattie" è ancora più grave se non lo divulga; e che lasci stare, per favore, l'allusione ai "nostri interessi".

*Conclusione:* anch'io ho sentito la necessità di esprimere quanto sentivo, con sdegno e allo stesso tempo con frustrazione, come hanno potuto liberamente farlo i colleghi. Pertanto, mi rivolgo, con molto umiltà, al Prof. Panizon, consapevole che le mie parole possono turbarlo, perché possa darci un buon consiglio. E se ho letto e interpretato male quanto sopra, chiedo a Tutti Voi scusa.

PS. Continuerò a stampare il mio schema di svezzamento; dunque, non sono un bravo pediatra!

**Saverio Ferraro, Pediatra di famiglia  
Segretario Associazione Vesuvius**

*Mi spiace molto che Lei sia dispiaciuto. Mi fa però anche molto piacere che lo venga a dire a me, da amico a amico, anche se poi, in realtà, né con quello che è scritto su UPPA, e nemmeno con quello che è scritto su "Medico e Bambino", ho titolo per rispondere. Vorrei però dirLe, da amico ad amico, e magari anche da vecchio a meno vecchio, che Lei, come succede "da grandi", si è risentito per una "ragazzata".*

*Concordo volentieri con Lei che qualche "ricetta" e qualche "parola stampata" non facciano poi così male, e possano rappresentare un buon punto di riferimento per una mamma, come sono tutte le mamme, oggi, inesperta di tutto, e che non sa come si faccia una minestrina. Niente di strano. A patto che, a voce, sia detto anche quello*

*che Lei ha detto per suo nipote: "ma se suo figlio li vuole, signora, gli dia pure spaghetti". E che, al di là del foglietto stampato o non stampato, si abbiano ben chiari, come Lei dimostra di avere, i veri termini del problema.*

*Poi, ciascuno ha i suoi modi, le sue abitudini, il suo stile. Tutto sta nel modo, nello spirito, nell'intelligenza, nella simpatia, nella empatia con cui ci si pone. Sappiamo tutti che il problema "non esiste". Che l'unico problema che c'è è quello di non mangiare più del giusto, di non ricevere (e quindi di non dare) un dolcino come gratificazione, di non abituarsi a bere aranciate, o a sgranocchiare pop corn o patatine fritte, o a succhiare gelati "tanto per passare il tempo". Il resto è acqua fritta. E per quanto riguarda il collega che ha il segreto dietetico per non ammalarsi (l'unico, documentato, ma solo per l'adulto-anziano è quello di mangiare poco, il minimo possibile; meno si mangia e più a lungo si campa), occorre pur pensare che ciascuno, per vivere, ha bisogno di qualche illusione.*

**Franco Panizon**

### Vaccinazione anti-papillomavirus

Nel numero di maggio (*Medico e Bambino* 2007;26:279) S. Di Mario, V. Basevi, N. Magrini (SaPeriDoc) propongono alcune considerazioni non banali sulla decisione del Ministro della Salute di rendere il vaccino anti-papillomavirus (HPV) universalmente disponibile alle ragazze sopra i 12 anni di età: l'impegno di risorse che può tornare a scapito della universalizzazione vera dell'unica, certa misura preventiva, il Pap-test; il significato di costume implicito nella proposta di un vaccino per un virus a trasmissione esclusivamente sessuale a un'età così precoce, al di fuori di una comunicazione strutturata; le insufficienti conoscenze, specie per queste giovanissime, sul rapporto rischi/benefici.

Crede si possa aggiungere quanto segue:

a) Sarebbe auspicabile una maggiore descrizione delle conoscenze sulla storia naturale del carcinoma del collo dell'utero;  
b) Non è prevedibile la persistenza dell'immunità indotta dalla vaccinazione (generalmente i vaccini costituiti da antigeni non attivi sono meno persistenti) e una eventuale rivaccinazione verrebbe effet-

## Lettere

tuata in corso di vita sessuale attiva e quindi con possibile esposizione a infezione da HPV, con i relativi problemi di riduzione di efficacia in caso di vaccinazione dopo esposizione all'infezione;

c) Non si può escludere, piuttosto è altamente probabile che accada, l'affermarsi di altri ceppi HPV (sono un centinaio) in seguito alla pressione ecologica esercitata dall'impedimento dell'attecchimento dei ceppi contenuti nel vaccino. La possibile immunità crociata deve essere verificata sul breve, medio e lungo periodo;

d) Dare per scontato che si riesca a vaccinare tutte le dodicenni, soprattutto al Sud, è quanto meno imprudente, vista l'esperienza della vaccinazione contro l'epatite B, con un 30% di adolescenti non coperti con tre dosi di HBV (Stroffolini T, Cialdea L, Tosti ME, Grandolfo M, Mele A. Vaccination campaign against hepatitis B for 12-year-old subjects in Italy. *Vaccine* 1997;15 (5):583-5). È superfluo che non verranno vaccinate le adolescenti appartenenti a strati sociali deprivati, in cui l'esposizione all'infezione è più precoce, il rischio di carcinoma è maggiore e l'esposizione allo screening con Pap test è trascurabile.

Allo stato delle conoscenze, e tenendo conto della storia naturale del carcinoma, è fuori discussione che l'unica strategia possibile è quella adottata dalla Finlandia, e se la può permettere perché può contare su una copertura con Pap test (90%) ben superiore a quella che si ha in Italia, peraltro senza le enormi differenze per stratificazione sociale che si osservano nel nostro Paese. È da irresponsabili impegnare risorse finanziarie e umane così ingenti per un problema che attualmente potrebbe essere posto sotto controllo con la strategia attuale basata sul Pap test, applicata in modo serio e con tutti gli effetti collaterali benefici se realizzata nel contesto proposto dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile. È tuttavia fuori discussione che una decisione di non inserimento nel contesto di sanità pubblica della vaccinazione contro l'HPV avrebbe suscitato le proteste indignate di buona parte del mondo accademico e dei cosiddetti esperti (esperti di che sarebbe bello verificare), usi a organizzare corsi, convegni e congressi con sponsor comprendenti i produttori di vaccini in questione, scatenando una canea contro il Ministro della Salute, a partire dalle trasmissioni radio-televisive e ai supplementi salute della carta stampata, dedicati, si fa per dire, alla salute. Basti pensare che parlamentari anche molto autorevoli (come è noto l'autorevolezza in un settore diviene nel circuito mediatico autorevolezza su tutto) hanno chiesto che siano messe a disposizione della sanità pubblica ulteriori risorse per estendere la

vaccinazione a una popolazione più ampia. Curioso che questi parlamentari, alcuni dei quali con grande esperienza di ricerca internazionale o tecnici del settore, non abbiano attivato un processo di audizioni per cercare di capire cosa le conoscenze scientifiche provano e cosa non provano. A partire, per esempio, dalla eccellente revisione sistematica di SaPeRiDoc. Ma si sa: nel nostro Paese gli esperti pretendono rispetto indiscutibile della loro autorevolezza perché fondata sulla "scienza", ma si guardano bene dal tener conto delle prove scientifiche e dei loro margini di incertezza.

In fisica si usa dire che, per risolvere un problema, bisogna iniziare a porre il problema correttamente e la soluzione proposta deve essere con evidenza adeguata a risolvere il problema. In questo caso, come non mai, a problema mal posto si propone una soluzione sbagliata. Forse è il caso che prima che in ogni altra disciplina bisogna laurearsi in Fisica, dove il concetto di errore è alla base della conoscenza e senza errore non si ha scienza. Così forse si cercherà la chiave persa non dove c'è luce ma dove la si è persa.

In Italia, comunque, non c'è problema: la valutazione scientifica dell'efficacia e dell'impatto degli interventi è una opzione, non una obbligazione. E quando è il caso, non si fa valutazione perché nella notte tutti i gatti sono neri.

**Michele Grandolfo**  
Istituto Superiore di Sanità

Ho letto con molta attenzione l'editoriale dei colleghi Simona Di Mario, Vittorio Basevi, Nicola Magrini "Vaccinazione anti-HPV: alcuni interrogativi per il pediatra" (*Medico e Bambino* 2007;26(5):279-80). Alla fine della prima colonna si legge:

"Il Pap test, infatti, pur essendo offerto in maniera attiva e gratuita ogni tre anni a tutte le donne di età compresa fra i 25 e i 64 anni, registra tassi di adesione più bassi fra le donne di livello socioeconomico e di istruzione inferiori e al sud. Sono proprio queste donne svantaggiate che, avendo più spesso delle altre una scarsa igiene, un esordio precoce dell'attività sessuale e partner multipli, possono avere un rischio maggiore, una volta contratta l'infezione, di sviluppare successivamente il tumore".

In riferimento a quanto da me sottolineato, ho letto con attenzione la bibliografia indicata con il n.8 dal sito [www.osservatorionazionale screening.it/ons/publicazioni/rapporto5/studio\\_passi2005.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/publicazioni/rapporto5/studio_passi2005.pdf); in esso viene citata solo l'istruzione bassa e alta (i.a e i.b.) come fattore significativo ma in due contesti diversi:

- 1) Pap-test effettuato negli ultimi 3 anni;
- 2) Pap-test eseguito almeno una volta nel corso della vita.

Gli Autori scrivono: "l'analisi ha mostrato differenze statisticamente significative per età, per grado di istruzione e per stato civile...". Riferito al primo caso (Tabella 1, pag. 142), si legge: le donne i.a. effettuano il Pap-test nel 71,6% dei casi mentre donne con i.b. il 67,6%; nel secondo caso gli Autori affermano "non è stato osservata alcuna differenza per grado di istruzione": le donne i.a. effettuano il Pap-test nel 79,1% vs il 77,2% i.b.

Dunque lo studio dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) non fa nessun riferimento a quanto sopra affermato dagli estensori. Purtroppo, non sono riuscito a leggere l'articolo segnalato in bibliografia<sup>2</sup>.

Domande: qual è la fonte autorevole da cui attingono i colleghi per concludere che le donne del sud hanno:

- 1) istruzione inferiore;
- 2) scarsa igiene;
- 3) esordio precoce dell'attività sessuale;
- 4) partner multipli.

**Saverio Ferraro, Pediatra di famiglia**  
Segretario Associazione Vesuvius

### Bibliografia

1. Gallo T, Binkin N, Baldissera S, et al. La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening 2006. A cura di Rosselli Del Turco M, Zappa M, pp. 140-6.
2. Berrington de Gonzalez A, Green J. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2007;120:885-91.

*Secondo i dati dell'ONS, l'adesione ai programmi di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma è mediamente più bassa nel Sud Italia rispetto al Nord. La percentuale di donne che ha eseguito almeno un Pap-test nel corso della vita varia dal 93% della Provincia autonoma di Bolzano al 59% della Sicilia. La frazione di donne che hanno dichiarato di avere eseguito un Pap-test negli ultimi tre anni diminuisce progressivamente, procedendo da Nord a Sud, dall'89% dell'Emilia-Romagna al 49% della Sicilia<sup>1</sup>.*

*Questi dati, unitamente a quelli citati dal dott. Ferraro nella propria lettera, indicano che l'adesione al Pap-test è inferiore nei due distinti sottogruppi rappresentati dalle donne con svantaggio socio-economico e livello di istruzione uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore e da quelle*

residenti al Sud, come abbiamo riportato nel nostro intervento.

Ringraziamo il dott. Ferraro per averci offerto la possibilità di precisare le nostre informazioni.

**Simona Di Mario,  
Vittorio Basevi, Nicola Magrini  
SaPeRiDoc - CeVEAS, Modena**

#### Bibliografia

1. Gallo T, Binkin N, Baldissera S, et al. La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e colo-rettale (Studio PASSI, 2005). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening 2006. A cura di Rosselli Del Turco M, Zappa M, pp. 140-6.

#### La pediatria attraverso i farmaci

Il prossimo "Confronti in Pediatria" ha per titolo "La pediatria attraverso i farmaci: quelli facili e quelli difficili". Sarei molto contento se venisse dedicato uno spazio all'abuso nella prescrizione di un'altra categoria di farmaci e cioè i farmaci inutili.

Se tanti genitori e nonni, oggi, sono paurosi, la colpa spesso è di tutti noi che dentro e fuori dagli ospedali prescriviamo farmaci per ogni banalità, facendo credere che dai "puntini rossi" ai tre colpi di tosse, al raffreddore, tutto deve essere curato, altrimenti tutto si può complicare.

Si sta verificando quanto auspicato alcuni anni fa dal direttore di un'importante industria farmaceutica (Merck), Henry Gadsen: "Il nostro sogno è quello di produrre farmaci per le persone sane, questo ci permetterebbe di vendere a chiunque".

Quand'è che cominceremo a usare la nostra esperienza, i nostri studi e soprattutto il buon senso e meno l'ipocrisia?

**Francesco Alibrandi  
Pediatra di base, Feltre (BL)**

*Mai. Mai, oppure da sempre. Ognuno di noi sa da sempre quando e se è opportuno, nell'interesse del malato e della famiglia, usare un farmaco (anche solo come placebo), e quando lo si prescrive solo nell'interesse nostro, di semplificare il colloquio, di soddisfare il cliente, oppure anche*

*per dare significato e importanza al nostro ruolo.*

*Quest'ultima è la tentazione diabolica di tutta la medicina, che cresce sia aumentando ogni giorno (in misura quasi miracolosa) il suo potere di diagnosi e di cura; ma anche, e di conseguenza, aumentando il suo spazio d'azione e la profondità della sua penetrazione nel contesto umano.*

*Questo, ciascuno di noi lo sa; e se non se n'è ancora accorto, se non ne ha preso coscienza, si vede che è un po' lentino. Se invece lo sa e ne ha preso coscienza, si vede che è un po' briccone. In tutti i casi, l'esortazione, fatta agli altri, di smetterla, e di usare meglio la propria esperienza e il proprio studio contiene un piccolo eccesso di ingenuità o, forse, anche questa, un velo di inconsapevole ipocrisia. Cominciamo (sempre) da noi.*

*Quanto ai farmaci per le persone sane ci sono già, e si chiamano vaccini; e ai modi per far diventare malate le persone sane ci sono già, e si chiamano "facciamo tutti gli esami" (check-up).*

**Franco Panizon**