

Gli struzzi e l'epidemia di morbillo in Campania

Nell'articolo di Marta Ciofi degli Atti e collaboratori (*Medico e Bambino* 2002; 21:365-8), tra le ragioni della bassa copertura vaccinale, al primo posto vengono citati i pediatri (non è specificato "di libera scelta", ma io ritengo che soprattutto a loro gli Autori si riferiscano). Secondo questi, alcuni pediatri sono ancora convinti che il morbillo non sia una malattia grave, come sarebbe testimoniato da colloqui telefonici che gli Autori hanno avuto con alcuni colleghi. Non capisco però come "alcuni colleghi" convinti della bontà del morbillo e "alcuni colleghi" intervistati dagli Autori diventino poi: "opinione ancora diffusa".

Ma veramente credete che tra i pediatri in generale, e tra i pediatri di famiglia in particolare, sia opinione ancora diffusa che il morbillo sia una malattia da avere e che la vaccinazione non sia poi così vantaggiosa? Sicuramente anche tra noi, come tra gli ospedalieri, tra i medici consultoriali, tra i medici vaccinatori (sob!) e chissà forse anche tra i medici universitari, vi sono alcuni che hanno una posizione tiepida nei confronti della vaccinazione anti-morbillo, ma sono convinto che la maggior parte dei pediatri di famiglia campani, anzi la quasi totalità, abbia consigliato la vaccinazione. Ma veramente credete che la responsabilità dell'epidemia di morbillo in Campania sia prima di tutto e soprattutto dei pediatri di famiglia?

Allora, ancora una volta, si sceglie di mettere la testa sotto la sabbia e, ancora una volta, abitudine diffusa in Italia a tutti i livelli, si fanno ricadere le responsabilità sul gruppo politicamente più debole. Proverò a indicare qualche altro responsabile:

1. Il Ministero della Salute-Sanità: perché ha deciso di non far rientrare la vaccinazione anti-morbillo tra quelle obbligatorie;
2. L'Istituto Superiore di Sanità: perché non è stato in grado di indurre modificazioni efficaci nel comportamento vaccinale in Regione Campania;
3. L'Assessorato alla Sanità della Regione Campania: perché non ha saputo mettere in atto strategie adeguate;
4. I Servizi di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali: perché, pur conoscendo i Distretti a bassa copertura vaccinale, non hanno messo in atto comportamenti efficaci per modificare tale situazione.

Molti hanno qualcosa da imparare dai morti per morbillo della Regione Campania, non solo i pediatri di famiglia. Mi auguro che tra 3-6 anni non saremo ancora qui a imparare!

Domenico Viggiano
Pediatria di famiglia
Cava de' Tirreni (Salerno)

Il dottor Viggiano non si inquieterà, spero, se anch'io, punto dall'orgoglio direttoriale, rispondo a questa lettera "di crociata" con un tono appena un po' polemico.

Certo, un morbillo su 1000, o due morbillo su 1000 o un morbillo su 2000 (le indicazioni epidemiologiche sono qualche volta contrastanti), si complica con una encefalite; e questo fatto da solo rende oggettivamente il morbillo (che in una popolazione non vaccinata colpisce il 100% dei soggetti) circa 100 volte più pericoloso della meningite pneumococcica che ne colpisce, se ricordo bene, 16 su 100.000, con una guaribilità di almeno il 90%. Sono quindi, da sempre, un convinto assertore della vaccinazione anti-morbillosa, così come non lo sono di altre vaccinazioni. E sono anche d'accordo con Lei che la colpa è prima di tutto delle istituzioni (che non sono, perché non ne hanno autorità, grazie anche ai movimenti devoluzionisti, né il Ministero né l'Istituto Superiore di Sanità, ma solo le ASL e semmai le Regioni).

Sono però anche contro il pensiero unico. Non credo che l'obbligatorietà vaccinale sia necessaria (anzi sono sostanzialmente contro questo principio autoritario), tanto è vero che le campagne per vaccini "facoltativi" hanno fatto raggiungere coperture vicine al 100% quando il vaccino è stato proposto attivamente. E allora, se tutti i pediatri di famiglia fossero stati davvero accesi dal sacro fuoco, tutta la popolazione pediatrica sarebbe stata davvero "naturalmente" vaccinata. Nessuno, credo, può obiettivamente e a buon diritto, parlare per gli altri, e men che meno per la sua categoria.

Ma guardiamo i fatti. Se in Campania il tasso vaccinale è così basso (ma adesso è molto migliorato), è difficile che la colpa non sia diffusa. Tutte le ASL sono rette da dirigenti neghittosi? La sanità regionale è indifferente alla salute? Ma la neghittosità e la sordità dei "decision maker" non sono sempre, in qualche modo, sostenute da sentire diffuso? E questo "pensiero diffuso" non sarà stato, in Campania, un po' meno acceso che in altre parti? O pensiamo che il nostro pensiero, quello di ciascuno di noi, di ciascun pediatra che ha comunque un potere di opinione non insignificante, specie se si tratta di pediatri con 800 assistiti, sia nullo? E se questo pensiero diventa pensiero di gruppo, come poteva succedere in Campania, che credo sia la regione con più iscritti ACP d'Italia, e dove la FIMP è una FIMP molto forte, crediamo sia ugualmente condannato all'impotenza? Se c'è un ritardo, è perché c'è un'inerzia; e di questa inerzia, mi scusi, ci si deve ritenere tutti responsabili. E che, in Italia, non solo in Campania, ci sia stata inerzia sul tema delle vaccinazioni non obbligatorie, beh, questo è storia.

F.P.

Dopo la poliomielite, dichiarata eliminata in Europa nel giugno di quest'anno, il morbillo è la prossima malattia candidata a essere eliminata. Il morbillo presenta infatti i requisiti necessari per l'eliminazione: colpisce solo l'uomo, non ha serbatoi ambientali o animali, non esistono portatori cronici e, soprattutto, abbiamo a disposizione vaccini efficaci e sicuri. L'attuale obiettivo dell'OMS è eliminare il morbillo in Europa entro il 2007; la situazione, tuttavia, è estremamente disomogenea: accanto a nazioni che hanno già raggiunto questo traguardo, ve ne sono altre in cui continua a essere un importante problema di sanità pubblica. Insieme alla Germania, l'Italia è una delle nazioni a maggior rischio, dato che ha avuto finora una scarsa copertura vaccinale e presenta quindi un numero elevato di suscettibili. L'epidemia che si è verificata quest'anno nel nostro Paese è la diretta conseguenza di questo accumulo di suscettibili, e riflette con precisione la distribuzione regionale e provinciale della copertura vaccinale. In Campania la provincia di Benevento ha la più elevata percentuale di vaccinati, e l'incidenza è stata nettamente inferiore a quanto osservato in altre province. Anche a Benevento, tuttavia, vi sono state forti differenze tra distretti, e soprattutto per fascia di età. Tra i ragazzi di 10-14 anni la percentuale di vaccinati era del 30% circa, e l'incidenza è stata 6 volte superiore a quella osservata tra i bambini di 1-4 anni, con coperture vaccinali superiori all'80%. Anche nelle altre regioni la correlazione tra copertura vaccinale e incidenza è netta: nella ASL di Campobasso l'epidemia ha interessato solo otto Comuni, la maggioranza dei quali avevano coperture inferiori al 65%. Al contrario in Emilia-Romagna, dove la copertura vaccinale ha raggiunto nel 2001 il 90% e non ci sono differenze sostanziali tra ASL, l'incidenza in età pediatrica è otto volte inferiore a quanto osservato in Campania.

L'eliminazione del morbillo richiede coperture vaccinali elevate in tutte le fasce di età, e una particolare attenzione ai gruppi di popolazione a rischio. Più ci si avvicina all'eliminazione, migliore deve essere il sistema di sorveglianza e la capacità di indagare le epidemie. Gli articoli pubblicati nel mese di giugno 2002 mostrano tutti chiaramente quanto sia importante raccogliere dati, analizzarli, utilizzarli per intervenire. In seguito all'identificazione dell'epidemia, a Benevento sono stati vaccinati nell'arco di tre mesi il 30% circa dei bambini ancora suscettibili, a Campobasso sono state individuate le aree prioritarie di intervento per migliorare il programma vaccinale, a Roma è stata attuata una giornata straordinaria di vaccinazione che ha consentito di proteggere il 98% dei bambini nomadi. In Emilia-Romagna e ad Ascoli Piceno, infine, è

stato verificato l'impatto delle strategie di vaccinazione. L'epidemia di morbillo di quest'anno ha causato migliaia di ammalati, centinaia di ricoveri, decine di persone colpite da encefalite e alcuni decessi; si tratta di un prezzo che non dobbiamo più pagare. Per eliminare il morbillo è necessario vaccinare sia il 95% dei bambini nel secondo anno di vita che i bambini più grandi non vaccinati; soltanto la definizione di una strategia nazionale condivisa da tutti gli attori coinvolti potrà garantirne il successo.

Marta Ciolfi degli Atti, Stefania Salmaso,
Renato Pizzuti, Crescenzo Bove,
Domenico Protano, Angelo D'Argenzio,
M. Luigia Trabucco, ISS e Regione Campania

1. HEALTH 21. The health for all policy for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).
2. Salmaso S, Gabutti G, Rota MC, Giordano C, Penna C, Mandolini D, Crovari P, and the Serological Study Group. Pattern of susceptibility to measles in Italy. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(8):950-5.
3. Ciolfi degli Atti ML, Salmaso S, Pizzuti, D'Agnesse P, Bove C, Protano D, D'Argenzio A, Trabucco ML. Epidemia di morbillo in Campania. Aggiornamento. BEN, Notiziario ISS 15, 7-8, luglio-agosto 2002.

Lo Streptococco è uguale per tutti

La controversia sullo SBEA apparsa nel numero di giugno¹ contiene e provoca una riflessione sulla Pediatria di tutti i giorni. "C'erano una volta i bambini" e "C'era una volta la Malattia Reumatica": le parole fotografano il cammino dello streptococco nel Novecento^{2,3}, un killer decaduto, da prima causa di morte per i bambini sopra i 5 anni, a modesto agente patogeno di una malattia quasi-innocente: la faringite.

Nel nostro Paese i bambini sono rari, sani, difesi da una "folla" di Pediatri^{4,6}. Le comuni patologie (enterite, faringite, OMA ecc.) si autorisolvono, con terapie semplici non si complicano più, sono quasi più importanti per i costi che per la clinica. Ciò non significa che non vadano curate bene né che l'economia debba spodestare la buona clinica, ma il vero lavoro è quello di contrastare i comportamenti e le cure improprie, i percorsi diseconomici, la prevenzione di pericoli fantasma⁷.

"Cost of illness" (COI) è il costo complessivo di una patologia per una data popolazione. Comprende i costi sanitari (diretti e indiretti) e le perdite produttive familiari per la malattia (*caregivers*). Calcolata così, un'OMA pediatrica costa in Italia 237 euro, negli Stati Uniti quasi il doppio. La cifra moltiplicata per i 2,7 milioni di casi/anno di otiti stimati nel nostro Paese, di-

venta il COI-Italia dell'OMA pediatrica⁸. Risparmiare è possibile, e questo accrescerebbe la funzione del pediatra: "a time for change" nel management delle malattie, parafrasando Paradise per il managing dell'OMA⁹. Partendo dallo studio scientifico del COI, si possono individuare percorsi di ottimizzazione di diagnosi e cura delle malattie per ridurre i costi. Nelle patologie a larga diffusione i risparmi come gli sprechi si moltiplicano per le alte frequenze ripetitive.

Le cose da dire sulla tonsillite streptococcica sono state largamente discusse nell'articolo già citato; ma si possono ridurre a poca cosa: fare il test rapido (TR) nei casi appena appena sospetti, e trattare i positivi con amoxicillina.

Il TR è molto superiore al tampone con coltura tradizionale. Quest'ultima presenta, forse non sulla carta, ma certamente nella pratica, molti limiti: limiti di riproducibilità, legati sia alla qualità della raccolta che a quella della conservazione e della lettura, limiti di tempo, di comodità e di fattibilità pratica; in un mondo che corre, vince per ko il TR perché, essendo "both effective and cost-effective", risolve subito i problemi gestionali¹⁰. D'altronde, i genitori gradiscono il TR, lo vedono, escono dallo studio con diagnosi e cure adeguate, sanno subito quando il bambino tornerà a scuola e loro al lavoro. Se il 40% dei pediatri di famiglia usa il TR, è già un buon risultato¹; in Ospedale, dove prevale il binomio febbre=ricovero, il TR non ha un impiego altrettanto diffuso; ecco allora una ospedalizzazione del 119%, doppia rispetto ad altri Paesi OCSE¹¹?

La amoxicillina, oggi, vista l'efficacia, il costo, la palatabilità, la relativa specificità, resta la scelta più ragionevole in base all'offerta del mercato. L'ottimo sarebbe ancora la penicillina, ma non si trova ed è troppo difficile andare in paradiso a dispetto dei santi.

Le cefalosporine sono scese in campo maluccio: studi con errori di metodo (dai bravi non te l'aspetti), finanziati dai produttori delle cefalosporine (si può fare, ma non va nascosto)¹². In America Pichichero, alfiere delle cefalosporine, ha pagato penitenza con pubbliche scuse alla penicillina; Markowitz, leader maximo di settore, pensa "positivo": si curi lo SBEA con il minimo sforzo, la penicillina basta, rispetta l'ecosistema batterico, costa poco¹³. Le meta-analisi (Markowitz prima e Lan-Collford dopo), i CDC, il *Red Book*, l'AAP, l'AHA, l'OMS ecc., il sapere più prestigioso non ha dubbi: la penicillina resti prima scelta. Ma in Italia la penicillina V in sospensione (Suvipen) è sparita nel 1975 circa.

Ricadute. Sono pochi i soggetti con molte ricadute, gli stessi per tutta la stagione, cambiano l'anno dopo, alcuni escono e

altri entrano, prima o poi tutto finisce: bene per il bambino e male per lo SBEA che si perde. Giocano più i fattori individuali o la eccessiva prontezza della terapia che limita la risposta anticorpale? L'eradicazione c'entra? Le cefalosporine vanno meglio? Ma i bambini ricadono indipendentemente dai diversi antibiotici usati, mentre la letteratura su cui appoggiare il giudizio è così debole e contraddittoria da risultare, nel suo insieme, inaffidabile.

L'eradicazione è importante? In terapia oltre a decine di cefalosporine, ognuna "migliore delle altre", è stato proposto perfino il ceftriaxone¹⁴. Esagerati.

La letteratura fuorviante (più rumorosa della "buona"), il falso credo dei farmaci essenziali deboli e dell'ampio spettro forte contro un patogeno p-sensibile, lo scarso fascino delle soluzioni semplici, la faringotonsillite che comunque guarisce, l'assenza di premio tra il curar bene e meno bene: sono, in direzioni diverse, ostacoli per la gestione ottimale della faringotonsillite. Succede per il mal di gola quanto capita in genere nel Pianeta Pediatria: l'"improprio" cresce parimenti alla rarefazione dei bambini e al crollo della patologia. Nella professione, per una serie complessa di motivi, è difficile e impopolare combattere le cattive abitudini, non "paga" chi lo fa, anche se resta una causa giusta.

Giorgio Meneghelli
Pediatria di Famiglia, Mestre-Venezia

1. Leone V, Panizon F. Streptococco: tra il dire e il fare. *Medico e Bambino* 2002;6:377.
2. Volpi R. C'erano una volta i bambini. La Nuova Italia, 1998.
3. Burgio GR, Notarangelo LD. C'era una volta la Malattia Reumatica. In: *Malattie maestre*. Milano: UTET Periodici, 2002.
4. Calvani M. Pediatria senza barriere. *Riv Ital Pediatr* 1993;19:351.
5. Giardina A, et al. Pronto Soccorso pediatrico e osservazione breve intensiva. *Riv Ital Pediatr* 2001;27:592.
6. Fonte dei dati: Annuari ISTAT.
7. Parizzi F. Uno streptococco di mezza estate. *Occhio Clinico Pediatria* 1998;6:36.
8. Colombo G. "Cost of illness" delle malattie pneumococciche nel bambino in Italia. *Annali d'Igiene* 2002:5.
9. Paradise J. Managing Otitis Media: A time for change. *Pediatrics* 1995;4.
10. Progetto obiettivo materno-infantile 1998-2000.
11. Piano sanitario nazionale 2002-2004.
12. Schwartz B, et al. Principles of Judicious use of Antimicrobial Agents for Pediatric Upper respiratory Tract Infections. *Pediatrics* 1998;101:S1:163.
13. Markowitz M, et al. Treatment of Streptococcal Pharyngotonsillitis: reports of penicillin's demise are premature. *J Pediatr* 1993;123:679-95.
14. Pavesio D, et al. Trattamento breve della tonsillite streptococcica con Ceftriaxone. *Chemotherapy* 1988;34:S1:34.