

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.

Meningite, psicosi e informazione

Dopo la breve stagione di Medicina basata sull'evidenza è tempo ora di fare posto alla Sanità pubblica secondo le suggestioni del momento: è sufficiente che i Media amplifichino a loro modo (cioè con scarso senso critico e molta approssimazione) alcuni dolorosi fatti di cronaca perché scatti il riflesso di cercare consensi "cavalcando" l'ondata di sensazioni (per lo più di paura) suscitata.

Mi riferisco alla psicosi-meningite che ha preso l'avvio dai casi di Treviso: non appena si ha notizia del focolaio (focolaio e non epidemia perché tutti i casi sono riferibili a un'unica situazione di contagio) scoppia il panico e si scatena da un lato l'amplificazione mediatica e dall'altro l'affannosa corsa dei cittadini ai rimedi (veri o presunti) necessari per "scongiorare la minaccia"; questa corsa si allarga come un'onda inarrestabile per tutta l'Italia perché (com'è ovvio), una volta che si cercano, ovviamente, i casi di meningite in giro per l'Italia, si devono per forza trovare (ce n'è una media di un migliaio all'anno, cioè quasi tre al giorno, quasi uno al giorno di meningite meningococcica).

Se però è normale che il cittadino medio si possa allarmare, se è quasi normale che i giornalisti ci "inzuppino" il biscotto (ma un po' di professionalità in più non sarebbe male), mi chiedo che livello di normalità hanno gli interventi delle Autorità Sanitarie. Nei giorni immediatamente successivi ai casi trevigiani un sottosegretario (medico) del Ministero della Salute rassicura a Radio 1: nessun rischio di epidemia, ma non bisogna abbassare la guardia; il Veneto vuole sperimentare l'abolizione dell'obbligo vaccinale, e queste possono essere le conseguenze.

Caro onorevole, per mille motivi, io sono contrario alle iniziative regionali in campo vaccinale, ma l'antimeningococco C non è mai stata una vaccinazione obbligatoria e la sperimentazione veneta non era ancora partita. Contemporaneamente un esponente di massimo livello dell'ISS sempre a Radio 1 conferma l'assoluta inconsistenza del rischio epidemia ma rassicura: per fortuna col prossimo Piano Nazionale Vaccini l'antimeningococco C sarà quasi sicuramente offerto a tutti i bambini italiani. Caro massimo dirigente dell'ISS, come lei ben sa, il Veneto offre da anni

questo vaccino ai bambini; può dirmi poi da quali studi lei trae conferma e certezza che la vaccinazione dei bambini a 1 anno sarà capace di evitare questo genere di eventi? Dopo aver detto a destra e a manca che non c'è nessun rischio di epidemia (e infatti nessun nuovo caso viene registrato ben oltre i 7 giorni di eventuale incubazione), la Regione Veneto coerentemente (!?!?) propone la vaccinazione di massa dei giovani di età 14-29 anni.

"Accà niscjunu è ffessa" - la gente chiaramente capisce tutto: ci dicono una cosa per farci stare tranquilli ma le cose sono diverse; infatti vaccinano tutti: corsa al vaccino in tutta Italia; corsa alla profilassi antibiotica se appena c'è qualcuno che sta meno bene di quanto sarebbe lecito; blocco anche dei treni a lunga percorrenza se un agente Polfer ha l'influenza.

A Rieti muore un bimbo di 18 mesi; "potrebbe" essere meningite: il sindaco chiude le scuole. Signor sindaco, lei che è la massima autorità sanitaria comunale, ci dica: ma dove sta scritto?

Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Lecce

Ha ragione. Alla fine non ce la si fa più. Ma comunque, ormai, tutto questo, e tutte le sue legittime preoccupazioni sono diventate niente. Quello che è successo e succede nelle ultime settimane, nell'Italia delle Regioni, sul fronte delle immondizie, ma più su delle immondizie, sul fronte della sfacciataggine, incompetenza, irresponsabilità, della inamovibile classe politica, dall'alto al basso, dal centro alla periferia, allo sfascio del connettivo civile, alla soffocante connection tra politica e sanità (che politica e politica, una parola troppo nobile per la gestione del sottogoverno) rende le Sue domande paurosamente ingenui. Non c'è speranza; non c'è spazio per la ragione.

Franco Panizon

Spostamento dell'età di inizio di somministrazione dei decongestionanti nasali a dopo i 12 anni di età

Mi sembra da stigmatizzare la premessa che ha portato a tale conclusione, ove si legge che l'AIFA, avendo ricevuto segnalazioni di reazioni avverse in seguito all'uso

improprio - per dosi e/o per età di somministrazione - ne sposta l'età di primo utilizzo. Si evince che non è il farmaco in sé dannoso per la salute, bensì il suo cattivo uso, per cui ne vengono privati anche coloro che l'hanno usato in modo appropriato e ne hanno tratto giovamento.

Accettando tale modo di porre i problemi, potrebbe capitare in futuro che il cattivo utilizzo di ceftriaxone o paracetamolo o salbutamolo, per citarne alcuni tra i più usati, potrebbe portare a drastiche limitazioni del loro uso.

Vi chiedo pertanto:

- un giudizio formale sulle modalità con cui si è addivenuto a tale decisione;
- un giudizio tecnico sulla scorta dell'uso che si è fatto di tali farmaci finora;
- un quesito medico-legale: un farmacista che si avvede che un decongestionante nasale è stato prescritto per un bambino al di sotto dei 12 anni di età è obbligato a non venderlo, o il responsabile è solo il medico prescrittore?

Nunzio Lardaro
Pediatra, San Felice a Cancelli (CE)

Le domande che ci pone il dottor Lardaro sono legittime, a fronte di un provvedimento restrittivo su una classe di farmaci largamente utilizzata nei bambini, non solo in Italia ma anche in altri Paesi europei e negli Stati Uniti.

Tuttavia, in questa occasione, il percorso seguito in Italia, in merito alle modalità e al giudizio tecnico (di appropriatezza) sull'uso di questa classe di farmaci, sembra essere molto ragionevole e di estremo giudizio. Il provvedimento è stato preceduto da un'attenta analisi da parte del gruppo di lavoro sui farmaci dell'AIFA (dove sono rappresentate tutte le componenti della pediatria italiana, FIMP, SIP e ACP), che è stata pubblicata su diversi siti e riviste pediatriche, tra cui anche Medico e Bambino'.

Partiamo dai dati di efficacia, che sono fondamentali da valutare per ritenere appropriata o meno una prescrizione farmacologica. In sintesi, una revisione sistematica dal database Cochrane, aggiornata al 2006, effettuata con lo scopo di valutare, negli adulti e nei bambini affetti da raffreddore, l'efficacia e la sicurezza dei decongestionanti nasali, ha evidenziato la mancanza di validi studi di efficacia nella popolazione pediatrica. Nonostante l'elevata incidenza di raffreddore nei bambini, non sono stati identifi-

cati trial sui decongestionanti nasali utilizzati al di sotto dei 12 anni di età che rispondevano ai criteri di inclusione della revisione. Le differenze esistenti tra la popolazione adulta e quella pediatrica, sia nell'anatomia nasale sia nella tolleranza ai farmaci, non permettono, secondo gli Autori, un'extrapolazione dell'efficacia e della sicurezza dei decongestionanti nei bambini. Gli Autori concludono che, fino a quando non saranno pubblicati lavori che dimostrino l'efficacia dei decongestionanti nasali in bambini affetti da raffreddore, l'uso di questi farmaci non è raccomandato nei bambini al di sotto di 12 anni di età. Questi risultati sono, a nostro avviso, la premessa ragionevole e sufficiente per un richiamo doveroso rispetto agli obiettivi che il gruppo dell'AIFA si è dato nella stesura del documento: promuovere un corretto uso di questa classe di farmaci in età pediatrica per il controllo di una sintomatologia banale che è l'ostruzione nasale, a fronte della disponibilità di altri presidi, come i lavaggi del naso con soluzione fisiologica. Ma non è tutto, in quanto il profilo di beneficio (in questo caso non dimostrato) va valutato rispetto ai potenziali rischi.

La Rete nazionale di Farmacovigilanza ha ricevuto alcune segnalazioni spontanee di eventi avversi (AE), associate all'uso dei farmaci simpatico-mimetici in età pediatrica. L'articolo citato riporta nel dettaglio le segnalazioni registrate: si tratta di AE che si sono verificate soprattutto nei bambini piccoli, alcune di queste sono gravi e prevalentemente a carico della cute e del tessuto sottocutaneo (reazioni da ipersensibilità, prurito, eritema, edema faringeo, orticaria, sudorazione, necrolisi epidermica, esantema eritematoso), del SNC (ipotonia, torpore, contrazioni muscolari involontarie, pallore, agitazione, sonnolenza, ipercinesia, irritabilità, depressione, letargia), della mucosa nasale (rinite medicamentosa), dell'apparato cardiovascolare (extrasistoli, vasodilatazione, tachicardia, bradicardia), dell'apparato respiratorio (depressione respiratoria, dispnea, apnea, broncospasmo). Considerando il fenomeno dell'under-reporting delle segnalazioni, il problema è sembrato essere di rilievo e, alla luce di un bilancio tra i benefici e i rischi, gli Autori del documento si sono pronunciati per un richiamo all'utilizzo razionale di questa classe di farmaci, e il provvedimento restrittivo di limitazione di uso <12 anni è sembrata una procedura di ragionevole e scientifico buon senso (nel rispetto dei bambini e dei prescrittori).

In merito alla responsabilità nella dispensazione del farmaco <12 anni, crediamo che qualsiasi farmacista sia consapevole, alla luce delle informazioni riportate e nel rispetto del ruolo professionale che gli compete, dell'importanza di una corretta informazione della famiglia, possibilmente non in contrapposizione ma in sintonia (an-

che critica ma diretta nel confronto) con il medico prescrittore. Il problema della responsabilità andrebbe sempre valutato in un'ottica di scienza e coscienza del proprio operato professionale.

Resta da chiedersi se l'Italia è l'unica realtà ad essersi pronunciata sull'uso razionale dei decongestionanti nasali. In realtà la vicenda, in contemporanea, ha interessato anche gli Stati Uniti², allargando il problema anche ai sedativi della tosse. Nell'ottobre scorso la Food and Drug Administration (FDA) ha votato a favore di una immediata azione contro l'uso dei medicinali contro tosse e raffreddore nei bambini sotto i 6 anni di età. Dal 1985, sei studi randomizzati controllati placebo-controllo, fatti su questi preparati, non ne hanno dimostrato alcuna efficacia. Nel 1997 l'American Academy of Pediatrics ha scritto che "le indicazioni per l'uso di questi medicinali nei bambini non sono state stabilite". Nel 2006 l'American College of Chest Physicians ha stabilito che la letteratura sui farmaci da banco per la cura della tosse non ne supporta l'efficacia in pediatria. Cresce invece il numero di segnalazioni sui possibili AE dovuti a questi prodotti. Le preoccupazioni più serie emergono per i bambini con meno di 6 anni in particolare per i decongestionanti che possono causare aritmie e altri problemi cardiovascolari, per gli antistaminici che possono causare allucinazioni, per gli antitussivi che possono portare a depressione dello stato di coscienza e a encefalopatia. Una revisione della FDA ha identificato 123 morti correlate all'utilizzo di tali prodotti in bambini sotto i 6 anni. Gli AE più gravi sono risultati imputabili a un sovradosaggio accidentale, a un utilizzo errato del farmaco, a interazioni tra farmaci o a particolari reazioni dei bambini a certi prodotti. Le case produttrici di questi "medicinali", in risposta alla decisione della FDA, hanno annunciato la loro intenzione di continuare a produrre e a vendere tali preparazioni anche nei bambini tra i 2 e i 5 anni. Triste ma vero.

In Italia il percorso seguito, i consigli forniti e le decisioni che ragionevolmente ne sono derivate, per una volta sono un esempio utile anche per altri Paesi.

Federico Marchetti
A nome del Gruppo di Lavoro sui Farmaci Pediatrici dell'AIFA

Bibliografia

1. Gruppo di Lavoro sui Farmaci Pediatrici (AIFA). Decongestionanti nasali: nei bambini i rischi superano i benefici. Medico e Bambino 2007;26(5):309-15.
2. Sharfstein JM, North M, Serwint JR. Over the Counter but No Longer under the Radar - Pediatric Cough and Cold Medications. N Engl J Med 2007;357:2321-24.

I casi di morbillo nelle comunità rom e sinte: la ricerca delle cause

Nell'articolo di Filia A et al.¹, nonostante sia pienamente condivisibile l'evidenza riportata sui numerosi casi di morbillo nelle comunità rom e sinte in Italia e in altri Paesi europei, è importante sottolineare che la causa non va ricercata nell'alta mobilità di rom e sinti. Oltre il 95% dei rom e sinti che vivono in Italia non pratica alcuna forma di nomadismo. In Paesi dell'Est Europa tale percentuale è probabilmente superiore e gran parte dei rom vive in case regolari.

Per affrontare il problema dei focolai di morbillo e, in generale, quelli generati da una bassa copertura vaccinale nelle comunità rom e sinte è necessario ricercare le vere cause di questa condizione di rischio. Per i rom e sinti italiani le ragioni vanno ricercate nell'esclusione, nell'assenza di approcci integrati e nel mancato coinvolgimento attivo delle comunità dovuto a un diffuso pregiudizio. Nei gruppi di rom stranieri le basse coperture vaccinali sono dovute, in più, a un rapporto non consolidato con i servizi italiani, a condizioni di vita precarie nel nostro Paese e all'esclusione nei Paesi d'origine.

Solo analizzando a fondo le ragioni, affrontando in modo integrato il problema e cercando la partecipazione attiva dei gruppi rom e sinti, si può sperare di ottenere un impatto positivo che tenda a migliorare, in generale, lo stato di salute e le condizioni di vita di rom e sinti in Italia.

Lorenzo Monasta
Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Cooperazione Internazionale, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Bibliografia

1. Filia F, Curtale P, Kreidl G, et al. Focolai di morbillo nella popolazione nomade in Italia. Medico e Bambino pagine elettroniche 2007; 10(4).

Lorenzo Monasta evidenzia come la causa principale dei recenti focolai di morbillo nelle comunità rom/sinte sia da ricercare non nella loro elevata mobilità, ma nella loro esclusione sociale. Le informazioni pubblicate a riguardo hanno sottolineato come la causa principale della diffusione del morbillo in queste comunità sia stata la bassa copertura vaccinale¹.

Come è noto, infatti, il morbillo ha una elevata contagiosità e si diffonde facilmente in ogni contesto in cui ci siano persone suscettibili. Oggi in Italia queste persone possono essere suddivise in due categorie principali: 1) gli adolescenti e i giovani adulti non vaccinati, cresciuti in aree in cui la co-

Lettere

pertura vaccinale dei nuovi nati, seppur non sufficiente a interrompere la trasmissione dell'infezione, ha limitato la sua circolazione e diradato gli intervalli tra epidemie. È questo il caso del focolaio di morbillo attualmente in corso in Piemonte²; 2) i bambini che appartengono a gruppi di popolazione "difficili da raggiungere", in cui le coperture vaccinali sono basse. È questo il caso sia delle comunità rom/sinte che di alcune comunità di immigrati. In entrambi i casi, "l'ingresso" del virus del morbillo è favorito dagli spostamenti, che consentono l'importazione da zone in cui è presente l'infezione. Nell'esperienza italiana recente, analogamente a quanto osservato a livello internazionale, l'importazione è stata associata a viaggi per vacanze (in Toscana nel 2006, il caso indice ritornava da un viaggio in India)³, lavoro o studio (in Piemonte nel 2007, il caso indice aveva viaggiato con la classe in Gran Bretagna)², o per motivi familiari (in Sardegna, il caso indice aveva partecipato a un funerale)¹.

Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali con due dosi di MPR in gruppi vulnerabili e più difficili da raggiungere rispetto alla popolazione generale è una sfida importante per il sistema sanitario italiano, e per tutta Europa. È chiaro che per le comunità rom e sinte è necessario un approccio integrato, che miri a migliorare globalmente il ricorso alla prevenzione e alle cure. In questa ottica, non dobbiamo sottovalutare il valore dell'offerta della vaccinazioni che, oltre a costituire un diritto, sono spesso il primo contatto con il mondo sanitario. Istituire fiducia su questo fronte è quindi un investimento ad ampio raggio, che merita la massima attenzione.

Marta Ciofi degli Atti
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Bibliografia

1. Filia A, Curtale F, Kreidl P, et al. Cluster of measles cases in the Rom/Sinti population, Italy, June-September 2006. *Euro Surveill* 2006;11(10):E061012.2.
2. Filia A, Barale A, Malaspina S, et al. A cluster of measles cases in northern Italy: a preliminary report. *Euro Surveill* 2007;12(11):E071129
3. Boncompagni G, Incandela L, Bechini A, et al. Measles outbreak in Grosseto, central Italy. *Euro Surveill* 2006;11(8):E060803.4.

Profilassi con vitamina D

Desidero aggiungere qualche osservazione alla lettera del dottor Piccini e al commento del prof. Panizon a proposito dell'integrazione con vitamina D nel neonato (*Medico e Bambino* 2007;26:559).

La storia è partita dall'osservazione che in Piemonte e Valle d'Aosta esisteva (esiste) una eterogeneità prescrittiva anche

per le più comuni pratiche che interessano il neonato sano (e sono convinto che le realtà piemontese e valdostana siano rappresentative di tutta l'Italia). È osservazione comune che, a seconda di dove nasce un bambino, i consigli che il punto nascita fornisce sono i più vari, e ciò vale anche per la vitamina D. Nel 2003, 20 punti nascita (con il 70,5% dei nati) non consigliavano la vitamina D di routine alla dimissione, mentre 14 punti nascita (con il 29,5% dei neonati) la consigliavano a tutti; alcuni centri consigliavano poi 400 UI/die, altri 800 e uno addirittura 1200; alcuni centri per 3 mesi, altri per 6 mesi e alcuni per 12 mesi (*BMC Pediatrics* 2005;5:45). Abbiamo quindi voluto provare ad omogeneizzare i comportamenti e credo che con la Consensus interregionale del 2006 siamo riusciti a produrre un consiglio condiviso, scientificamente solido e con modalità prescrittive omogenee.

Studi molto recenti di fisiologia, biochimica e biologia molecolare hanno evidenziato e cominciano a spiegare i dati epidemiologici di popolazione conosciuti già da tempo. Ad esempio l'elioterapia, usata per anni come unica cura per la tubercolosi in epoca preantibiotica, solo ora trova una spiegazione biologica: le cellule del sistema immunitario rispondono agli antigeni delle pareti cellulari dei batteri (compreso il BK) stimolando sia la 1-alfa-idrossilasi che il VDR (recettore per la vitamina D) e producendo infine la catelicidina, un antibiotico naturale (*J Immunol* 2004;173:2909). Il deficit di vitamina D gioca anche un importante ruolo nella patogenesi delle malattie autoimmuni (*Endocr Rev* 2005;26:662; *Progr Biophys Molec Biol* 2006;92:4) e anche gli studi sul diabete di tipo 1 sono compatibili con questo ruolo (*Int Immunopharmacol* 2002;2:1017). Un recente lavoro (*J Endocrinol Invest* 2004;27:913) ha dimostrato che il rischio di sviluppare diabete di tipo 1 in Italia è di gran lunga maggiore tra i bambini immigrati rispetto agli autoctoni. Il dibattito sulla spiegazione di questo dato è aperto e articolato, ma abbiamo deciso di utilizzare il registro piemontese (che raccoglie sistematicamente tutti i nuovi casi pediatrici di diabete dall'esordio in poi) per valutare nei prossimi anni se la supplementazione di vitamina D iniziata a tappeto nel 2007 ne modificherà l'incidenza.

Come ha ben intuito (come sempre) il prof. Panizon, non abbiamo forti evidenze sulla reale efficacia della supplementazione di vitamina D nel 1° anno di vita sullo stato di salute dell'osso; infatti una recente Cochrane del 17 ottobre 2007 conclude che le misure preventive debbano essere offerte sicuramente ai neonati ad alto rischio di carenza mentre rimane dubitativa per tutti gli altri, peraltro giustificando

queste conclusioni con la scarsità di dati robusti.

È vero anche che la carenza di vitamina D interessa anche e soprattutto l'età adolescenziale, ma questo comporta una omogeneizzazione del comportamento dei medici curanti del territorio, che non era l'obiettivo del gruppo di ospedalieri riunitosi a Gattinara. Sempre più ci si sta accorgendo che la carenza di vitamina D è uno scotto da pagare per il nostro stile di vita di *Homo sapiens*: un tetto, dei vestiti, l'inquinamento e una vita sempre meno all'aria aperta. Una review sullo stato nutrizionale in numerose popolazioni nel mondo conclude che il deficit di vitamina D è molto diffuso anche tra gli adulti sia in Europa che in Medio Oriente, in India, in Cina e in Giappone (*J Steroid Biochem Mol Biol* 2007;103:620). Al contrario, uno studio sui bagnini californiani dimostra invece che il loro livello di 25OH-D si trova a livelli decisamente alti. La comunità scientifica internazionale si sta peraltro domandando se i livelli di vitamina D, fino a oggi considerati normali, debbano essere aumentati (*Am J Clin Nutr* 2007;85:649). E certo però che un po' di sole, una dieta equilibrata, soprattutto di tipo mediterraneo (*Med Sci* 2007;23:756), e una appropriata attività fisica sono i tre pilastri su cui poggia la buona salute dell'osso a ogni età (*Pediatrics* 2006;117:578).

Per quanto riguarda la schizofrenia, oltre ai dati epidemiologici già riportati tra la correlazione del deficit di vitamina D e il rischio di sviluppare la malattia, un recente lavoro di ricerca di base evidenzia come un sufficiente livello vitaminico già in utero e nelle prime età della vita sia indispensabile per un corretto sviluppo cerebrale e un mantenimento delle funzioni mentali, mediato da una regolare attività post-trascrizionale del VDR (*J Chem Neuroanat* 2005;29:21).

Il rachitismo non è che la punta dell'iceberg "deficit di vitamina D". La scoperta che molti tessuti e cellule del nostro corpo possiedono il VDR oltre all'apparato enzimatico per il metabolismo della vitamina, devono farci considerare questo ormone come ancora pieno di sorprese (*N Engl J Med* 2007;357:266).

Andrea Guala

UO di Pediatria, Ospedale Castelli, Verbania

Credo si possa essere in tutto d'accordo con questa utile, equilibrata, prudente, e forse doverosa precisazione sull'indicazione, che personalmente condivido, di un comportamento omogeneo nei riguardi della somministrazione sistematica della vitamina D ai lattanti.

Franco Panizon

Allattamento al seno e preparati galattagoghi

L'impegno di promuovere l'allattamento al seno è uno dei compiti primari per un pediatra. Tuttavia, nell'impeto di insistere perché la mamma allatti il proprio figlio, qualche volta si perde di vista il limite. Mi è capitato infatti di osservare delle prescrizioni di farmaci che favoriscono la montata latte. Tuttavia non sto parlando del fieno greco o del cardo mariano, così come del finocchio, della galega, oppure di tutte le decine, anzi, probabilmente centinaia di preparati commerciali galattagoghi in libera vendita tra farmacie ed erboristerie. Per questi prodotti il pensiero mi porta a pensare a un, seppur innocente, fenomeno di "doping" che deturpa sempre di più quella forma naturale di alimentazione che dovrebbe essere l'allattamento al seno ormai diventata sempre più acculturata, o meglio, artificiale. Doping non farmacologico, certo, ma piuttosto come disposizione mentale, perché si tenta con un artificio esterno di migliorare una "prestazione" che dovrebbe vivere solo di una buona percezione di se stessi. Invece voglio parlare di farmaci, ossia sulpiride (sic!), domperidone e metoclopramide, che ormai sto vedendo prescritti alle mamme che allattano allo scopo di aumentare la produzione di latte per via del loro effetto secondario sulla prolattina, anche se tali farmaci sono prescritti dalla nostra farmacopea durante (e per) l'allattamento, e la letteratura scientifica sull'argomento evidenzia un'efficacia dubbia per questi preparati. A questo punto non penso più solo al doping ma al dolo. Non credo sia questa la strada per la promozione dell'allattamento. Così favoriamo la dipendenza e l'aspettativa, due momenti che spogliano di valore l'atto materno, non onorano la nostra professione e danneggiano l'opera di promozione dell'allattamento. Una crociata alla quale io non partecipo. *E Medico e Bambino* che ne pensa?

Costantino Panza
Pediatra, San'Ilario d'Enza

Grazie per la tua stimolante lettera. Sul fatto che di principio la natura basti a se stessa siamo d'accordo. Che le difficoltà materne non ci siano mai questo è un altro discorso. La psiche nella specie umana condiziona potentemente sia la produzione che l'eiezione del latte dal seno, potendo portare a una serie di ben note difficoltà materne indubabilmente preesistenti alle interferenze con l'allattamento al seno attribuibili ai pediatri ospedalieri o a quelli di famiglia.

Le mamme con problemi (veri o presunti) di produzione di latte non dovrebbero mai in prima battuta ricevere l'indicazione per sostanze galattagoghe, anche perché questo atto medico ha implicazioni negative sul corretto e auspicabile messaggio di "allattamento come norma naturale". Se infatti aiutiamo la donna a recuperare la fisiologia dell'allattamento, spesso (ma non sempre) si ha successo.

Se manca il risultato, a questo punto che fare? Erbe, pillole o niente?

Sulla fitoterapia, d'uso millenario come le difficoltà materne ad allattare, non abbiamo evidenze scientifiche di efficacia galattagoga. Non credo sia compito di noi pediatri prescrivere i fitofarmaci galattagoghi con artificio, anche perché le erbe medicinali talora possono essere dannose per il lattante. Se la madre fa già uso di fitoterapici galattagoghi non glielo negheremo, ma la inviteremo a un consumo moderato.

Sui farmaci convenzionali l'effetto collaterale galattagogo è noto in particolare per due sostanze: metoclopramide e domperidone. La loro efficacia è documentata, anche se in maniera limitata. Tutte e due passano la barriera emato-encefalica (altrimenti non funzionerebbero sul sistema dopaminergico cerebrale), ma è preferibile il secondo, anche se meno studiato, se non altro perché non rende depressa la madre, diversamente dalla metoclopramide. Manca a tutto oggi un RCT (e se ne sente molto la mancanza) di confronto fra metoclopramide, domperidone e placebo. Infine, non farei ricorso agli antipsicotici come la sulpiride per il rapporto rischi/benefici meno favorevole.

Del fatto che i farmaci galattagoghi siano off label in allattamento dobbiamo essere tutti consapevoli e quindi non ci può essere una prescrizione poco motivata e senza piena informazione della madre. Queste condizioni si verificano in pratica quasi solo nelle madri dei prematuri lungodegenti nelle UTIN d'ospedale. A meglio definirne la sicurezza d'uso per questa classe di bambini sono attualmente in corso in Canada studi per verificare l'adeguatezza nutrizionale del latte prodotto con l'aiuto del domperidone.

Al di fuori dell'indicazione nelle madri dei ricoverati nelle UTIN l'uso dei farmaci galattagoghi dovrebbe essere eccezionale, fermo restando che funzionano solo se la madre è ipoprolattinica. Se i livelli di prolattina serici sono invece normali, manca il presupposto biologico e l'effetto positivo del farmaco, e il ciclo di prova di 1 settimana andrà interrotto.

In sintesi, in caso di scarsa produzione di latte, una volta dimostratisi inefficaci i metodi di ripristino della fisiologia (sempre da privilegiare), i farmaci galattagoghi trovano un loro spazio d'uso, benché limitato. L'importante, ancora una volta, è non agire in maniera stereotipata.

Riccardo Davanzo
Coordinatore RIFAM (Rete italiana formatori in allattamento materno)
Neonatologia e TIN,
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Bibliografia di riferimento

- Amir LH. Breastfeeding-managing "supply" difficulties. *Aust Fam Physician* 2006;35(9):686-9.
- Anderson PO, Valdés V. A critical review of pharmaceutical galactagogues. *Breastfeed Med* 2007;2(4):229-42.
- da Silva OP, Knoppert DC, Angelini MM, Forret PA. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *CMAJ* 2001;164(1):17-21.
- Gabay MP. Galactagogues: medications that induce lactation. *J Hum Lact* 2002;18(3):274-9.

RINGRAZIAMENTO AI REFEREE

Medico e Bambino ringrazia caldamente i colleghi che hanno svolto con accuratezza e con grande dedizione il lavoro di revisione degli articoli arrivati in Redazione:

Barbi Egidio, Barcellona Roberto, Baronciani Dante, Bartolozzi Giorgio, Besana Dante, Biasini Augusto, Biasini Giancarlo, Bonati Maurizio, Bonifazi Ernesto, Bortolus Renata, Braggion Cesare, Breda Luciana, Bruno Irene, Buzzetti Roberto, Cavallo Rosario, Chiarelli Francesco, Ciofi degli Atti Marta, Cutrone Mario, Davanzo Riccardo, De Benedictis Fernando Maria, De Seta Luciano, Demarini Sergio, Di Mario Simona, Di Michele Silvia, Fabris Claudio, Fiammengo Paolo, Fontana Massimo, Fusco Fabrizio, Gangemi Michele, Gasparini Paolo, Greco Luigi, Lepore Loredana, Marolla Federico, Masera Giuseppe, Murgia Vitalia, Not Tarcisio, Paolucci Paolo, Peratoner Leopoldo, Radzik Daniele, Ramenghi Ugo, Reali Laura, Reggiani Lamberto, Scrimin Federica, Valletta Enrico, Zanazzo Giulio, Zanello Federica.