

Stefano Tasca

***RIFLESSIONI
“PEDIATRICHE”***

*Educazione, Vaccinazioni, prevenzione, disquisizioni e
molto altro*

*Raccolta di articoli dal blog
“Bambini, affini e varia umanità”*

Novembre 2012 – Maggio 2016

Pubblicato 12/6/2016

Le qualità di un genitore

C'è ben poco da scherzare. I media, le pubblicazioni, gli stili di vita erogati dai mezzi di comunicazione ed ormai tutto ciò che ci circonda dal punto di vista dell'informazione, tendono ad imporci modelli di vita e paradigmi di interpretazione della realtà che sono sempre e solo finalizzati ad ottenere un vantaggio economico da parte di chi ce li propina. Sempre più spesso i messaggi (subliminali e non) tendono a farci credere nella irrinunciabilità di certe metodiche proposte attraverso l'instillazione della paura. "Se non fai come ti dico accadono disastri! Se non ti comporti in un certo modo avrai conseguenze terribili! Se non segui questo protocollo tuo figlio crescerà malato e deviato o psicologicamente disturbato!". Questi sono gli inespressi ma sottointesi dogmi che ci bombardano attraverso le immagini di pubblicità, nelle affermazioni dei cosiddetti "esperti" televisivi, nei commenti e nelle indicazioni di riviste pseudospecializzate. Ci spaventano e poi....ci danno "generosamente" soluzioni dietro le quali c'è pressochè sempre l'interesse di qualcuno (senza contare che un popolo spaventato obbedisce a chiunque si proponga come "alleviatore" dello spavento stesso).

Siamo divenuti incapaci di guardare oggettivamente i fatti che ci accadono e che accadono ai nostri figli, cerchiamo soluzioni sempre più facili a problemi che talora non sono nemmeno tali, vediamo come insormontabili situazioni che invece fanno parte del normale evolversi della vita....in poche parole stiamo divenendo sempre più dipendenti dalle "ricette" che ci vengono proposte (e talora imposte....basta pensare alle campagne

vaccinali o ai dettami bulgari sull'alimentazione infantile) sotto forma di pacchetti preconfezionati che non possiamo discutere o contestare pena il pubblico ludibrio. Chi si azzarda a pensare con la propria testa è additato (ed accade in special modo fra mamme: "Ma come!! Sei matta?? Fanno tutti così e quindi sarà giusto che....").

Il risultato? Mamme sempre più trepide, perennemente ossessionate da possibili danni ai loro adorati figli, sempre pronte ad intervenire ad ogni richiamo, sempre in dubbio di far del male con una sgridata o con un rimprovero al bimbo semplicemente capriccioso (che si accorge, badate bene, di questo suo potere di controllo sulle emozioni dei genitori e ne approfitta abbondantemente). Padri disorientati, sfrattati dal talamo coniugale nel quale troneggia il pargolo, sempre alle prese con compagne stanche ed insoddisfatte, marginalizzati da una esclusivizzazione dell'amore che interessa solo il bambino e non più loro.....

Un consiglio? **ASCOLTATE IL VOSTRO ISTINTO** e non i media.....*fate sempre la tara di ciò che si dice.....valutate sempre con un ragionamento personale l'attendibilità di certe informazioni..... cercate soluzioni che siano attagliate alla vostra particolare situazione e non date retta alle "regole generali" in modo troppo pedissequo.....siate sereni e godetevi i vostri figli senza oberare voi stessi e loro con continui ed estenuanti esami di coscienza* o peggio con sensi di colpa e di inadeguatezza che hanno il solo risultato di guastarvi l'esperienza stupenda di essere genitori. **OSSERVATE I VOSTRI FIGLI EVOLVERE** senza pretendere che seguano schemi e protocolli (sia dal punto di vista psicologico che fisico): ogni persona è diversa dall'altra e non c'è modo di incastrare in grafici e caselle qualcosa che è in continuo cambiamento.

Prendetevi i vostri spazi, ridete e sorridete, fate una sana vita sociale. Mostrate ai vostri figli in crescita che **la vita è bella nonostante i governi**. Date ai vostri bambini la possibilità di sperimentare senza aver paura di chissà quali conseguenze. Date

loro anche la responsabilità delle cose con atteggiamento incoraggiante e non trepido. Non sacrificate la coppia genitoriale al supremo interesse dei figli: le effusioni, le cene allegre tutti insieme, le chiacchierate serene, le complicità, sono cose da cui il bambino, osservando, impara. I vostri bambini VIVONO all'interno della vostra coppia e da voi (come ente erogante affetto) traggono forza. Un bambino è rassicurato soprattutto dall'armonia dell'ambiente in cui vive e cresce ed **IMPARA LA SERENITA' osservandola da chi lo circonda.**

Fate del bene a voi stessi seguendo un vostro personale modo di educare e crescere i figli e curate l'equilibrio di tutto l'ambiente familiare, senza focalizzare tutti gli interessi in un solo punto: si deve vivere giorno per giorno IMPARANDO dalle esperienze che si presentano ed aggiustando il tiro con strategie che voi stessi dovete trovare.

Quel che dico sempre, e di cui sono convinto, e che **i vostri figli non sono solo vostri: sono figli del mondo** ed interagiranno con tantissimi altri figli per rinnovare sempre la società a partire dal momento in cui non sarete più voi a decidere o provvedere per loro. Lavorare bene e con scioltezza rende più probabile la creazione di una società di individui equilibrati e collaborativi.

Telefoni cellulari e prima infanzia

Se ne discute da moltissimo tempo, ovviamente con risultati contrastanti e contrastati, dato l'enorme giro di denaro che fluttua intorno a questo tema: ma questi cellulari, wireless phones, sistemi wi-fi (casalinghi e non), fanno davvero male alla salute? Beh: è dimostrato che gli effetti dei campi magnetici sul cervello non sono proprio benefici. Da vari studi condotti su volontari usando telefoni mobili, si è visto che una chiacchierata di un paio di minuti riesce a **disorganizzare le onde cerebrali fino a circa un'ora dopo l'interruzione della connessione**. Si generano **aumento dello stress, disturbi del sonno** in se e del ritmo sonno/veglia, **effetti lesivi sul DNA** (si tratta pur sempre di radiazioni), **aumento della temperatura locale** (direttamente proporzionale al tempo di contatto), **effetti negativi sull'udito** (per lesione irreversibile delle cellule ciliate dell'organo del Corti), **effetti negativi sull'occhio** (aumento della temperatura endo-oculare....e chissà se il mio distacco di retina sia dipeso proprio da un uso diuturno, seppure obbligato dalla professione, del telefonino). E' stato dimostrato inoltre che quanto più sottile è il tavolo osseo (bambini!!), tanto più in profondità penetrano le onde elettromagnetiche. Se a questo aggiungiamo che nei primi anni di vita le cellule cerebrali sono in replicazione e quindi il loro DNA è più esposto a mutazioni, il quadro si delinea abbastanza chiaramente.

Ma parliamo di neonati (che è la parte più interessante). Si dirà: "Ma un neonato non usa mica il cellulare!!!". No, certo ma...lo usano gli adulti che lo accudiscono. Gli effetti delle onde elettromagnetiche si fanno sentire fino ad una distanza di circa 2 metri dalla fonte. Cosa significa? Significa che la madre che allatta parlando al telefono sta cuocendo alla cocque il cervello di

suo figlio! Significa che un cellulare lasciato acceso nelle vicinanze di una culla irradia il piccolo! Significa che attraverso le fontanelle aperte ed il tavolato cranico sottile (in alcuni punti ancora neanche ossificato del tutto) le onde elettromagnetiche arrivano in profondità!

Vado al sodo: non dico che occorre eliminare il cellulare (cosa ormai impossibile data la sua pervasività). Semplicemente è necessario:

- TENERLO A DISTANZA DI ALMENO 2 METRI DAL PICCOLO
- NON PARLARE AL CELLULARE QUANDO SI HA IL BAMBINO IN BRACCIO
- NON TENERE MAI IL TELEFONO ACCESO VICINO A CULLE, CARROZZINE, SDRAIETTE (ovviamente quando dentro c'è un neonato)
- SPEGNERE IL TELEFONO QUANDO NON E' PROPRIO NECESSARIO TENERLO ACCESO

Una nota sui bambini più grandicelli e sui preadolescenti: è VITALE che i genitori insegnino ai figli un uso corretto, limitato, razionale del cellulare (se proprio non possono fare a meno di procurarglielo). Oltre agli effetti negativi sulla salute, i cellulari hanno influenze negative anche su:

- **SOCIALIZZAZIONE** (limitano i rapporti interpersonali diretti privilegiando quelli telefonici)
- **IDEAZIONE** (al telefono manca la teatralizzazione del rapporto dato che la comunicazione "non verbale" è abolita. Questo rende povera la trasmissione di informazioni)
- **LINGUAGGIO:** specie gli SMS (che sono il mezzo più diffuso di trasmissione di dati tra i preadolescenti/adolescenti) inducono una alterazione della grammatica e dell'uso dei vocaboli, impoveriscono in modo sostanziale l'eloquio e rendono difficile la creazione di frasi compiute e adatte all'espressione del pensiero

Bambini e sport: quale fare...e a quale età...e per quanto tempo...

Fare una attività fisica non è qualcosa di aggiuntivo per una sana crescita: **rappresenta uno degli aspetti essenziali**, insieme all'alimentazione ed alla cultura, **dell'evoluzione di un individuo**. L'essere umano è un insieme armonico fatto di corpo e mente: la cura deve essere quindi erogata su entrambi i fronti per ottenere un equilibrio.

L'attività fisica deve accompagnare quella mentale sin dall'età più tenera, rispettando le tappe evolutive e seguendo le possibilità che l'organismo in crescita manifesta nella sua progressione. Le domande dei genitori, su questo tema, sono sempre le stesse: QUANDO iniziare, COSA far fare, PER QUANTO TEMPO proseguire.

Nei miei quasi trenta anni di esperienza a contatto con le famiglie ho maturato una sorta di piccolo, personale protocollo che qui di seguito esporrò: ha funzionato per i miei piccoli assistiti e quindi è collaudato ormai da tempo.

COSA FAR FARE: dal punto di vista dell'armonia generale non esiste altra attività paragonabile al nuoto. Si può iniziare molto presto (intorno ai 3 anni o anche prima, se si trovano centri in grado di seguire bambini piccoli). Spesso i bambini non accettano di fare questo sport (distacco dalla mamma, affidamento ad un istruttore, l'acqua in se, la sensazione all'inizio sgradevole di non avere appoggio, sono i fattori che determinano spesso paura e rifiuto all'inizio) e i genitori si domandano se vale la pena di continuare a portare il figlio piangente in piscina, cedendo e rimandando ad un domani (che non arriva mai se si segue il capriccio del bambino) la pratica del nuoto. Bene: consiglio di persistere e di mostrare che non c'è alternativa con opportuni

sistemi (non universali ovviamente) che da un lato siano incoraggianti e dall'altro mostrino serenità nell'affrontare le intemperanze. E' importante sapere che il nuoto, in se e per se, a questa età non è un divertimento ma una vera e propria terapia e come tale va applicato. Il divertimento viene in seguito, quando il bambino avrà compreso che questa attività fa parte della routine della vita. Altri sport (per i maschi il calcio è quello più gettonato, per le femmine la danza o la ginnastica a corpo libero o la pallavolo) possono essere praticati insieme (alla corretta età e cioè dai 5-6 anni in poi) o in seguito, quando la struttura muscolo/scheletrica sia già consolidata da almeno 2-3 anni di moto in piscina. Perché il nuoto? In primo luogo per la benefica azione su tutti i gruppi muscolari in assenza di gravità (l'acqua sostiene e quindi i movimenti che si compiono agiscono più efficacemente su tutti i distretti), in secondo luogo perché nel nuoto non vi sono "strappi" o schiacciamenti dovuti a salti (ottimo per la colonna) ed infine perché stando in acqua il solo tenersi a galla comporta movimento (cosa che non avviene negli altri sport quando, fermandosi, si cessa l'attività muscolare).

QUANDO INIZIARE: per il nuoto il prima possibile. Per sport come la danza classica, il judo o il karate intorno ai 4-5 anni; per il calcio intorno ai 6-7 anni così come per la pallavolo o il basket. La danza moderna può iniziare intorno ai 7 anni, l'equitazione dai 5. Gli sport acquatici (surf, windsurf) possono essere validissimi in quanto a sviluppo muscolare/controllo del movimento ma possono essere praticati in condizioni particolari (solo se c'è onda o vento e solo in alcuni luoghi stabiliti) e richiedono una struttura fisica già formata e consolidata (dai 10-11 anni in poi). La discontinuità è un corollario quindi di tali attività e dunque devono affiancare e non sostituire altri sport che possono essere praticati lungo tutto il corso dell'anno.

PER QUANTO TEMPO PROSEGUIRE: qui dirò una cosa di cui sono profondamente convinto. Il movimento DEVE ESSERE PARTE DELLA VITA DI TUTTI I GIORNI sia per l'azione benefica sull'organismo CHE PER L'EFFETTO ANTI-STRESS che la fatica fisica determina. Lo sport deve essere un'attitudine

mentale e deve accompagnare l'individuo lungo tutto il corso della vita. In questo aiuta moltissimo essere figli di persone che a loro volta praticano attività fisiche di qualsiasi genere. Ritagliare nella giornata uno spazio per muoversi diviene allora un atto naturale. C'è da dire che i vantaggi anche psichici apportati dall'attività fisica sono inestimabili (sviluppo della volontà, della competitività sia con gli altri che soprattutto con se stessi, resistenza alla fatica, spirito di sacrificio, consapevolezza che per ottenere un risultato occorre fare uno sforzo).

Di fronte ad un bambino piangente spesso si cede. Molte mamme mi dicono "Non vuole...si vede che non è ancora pronto". Bene: un bambino non è in grado di decidere per se stesso: tende al massimo piacere col minimo sforzo e quindi ogni alternativa che lo sollevi da obblighi genera una reazione contraria alle proposte dei genitori (...e questo non solo nell'ambito delle attività fisiche!). Chi sa cosa è utile, quindi, non è il bambino ma il genitore che, attraverso la sua serenità nel portarlo in palestra o in piscina anche recalcitrante, saprà far superare l'empasse iniziale garantendo al bambino la possibilità di apprezzare i lati divertenti di ciò che gli si propone.

Pianti notturni di neonati e bambini: perchè avvengono e cosa fare durante il “Pavor”

I pianti notturni, nelle primissime fasi della vita, sono esperienza comune: non sempre è necessario intervenire ma è sempre importante saperne riconoscere la causa. Vorrei fornire qualche elemento per distinguere il pianto/richiamo dal pianto/fase REM del sonno: sono simili ma avvengono in circostanze diverse. Consolare quando è richiesto diviene naturale (dolori, coliche, difficoltà respiratorie da rinite o altro, pannolino sporco, sete) ma **NON INTERVENIRE è altrettanto cruciale se si tratta di fase REM**. E' opportuno allora analizzare le circostanze e imparare a contestualizzare il pianto per differenziare il proprio comportamento genitoriale.

Pur non scendendo in particolari è opportuno capire cosa è il sonno e come agisce (in quanto momento irrinunciabile di “ricarica” psicofisica) nell'economia del benessere generale.

Il sonno in se comporta una modificazione dello stato di coscienza che avviene in un periodo di sospensione delle attività relazionali con l'ambiente circostante . E' caratterizzato da vari gradi di profondità, ognuno con caratteristiche particolari e con differente funzione ma volendo semplificare potremo suddividerne lo svolgersi in due fasi principali: **il sonno NON REM e il sonno REM**. In sintesi estrema possiamo dire che nel sonno NON REM c'è un rilassamento muscolare completo accompagnato da una diminuzione del metabolismo sia fisico che cerebrale; nelle fasi REM invece (rapid eye movements) si assiste ad una emersione degli elementi istintivi (profondi) del sistema nervoso centrale che comporta aumento della frequenza cardiaca, aumento della pressione sanguigna, movimenti rapidi degli occhi

ed attivazione di alcune precise zone del cervello, accompagnati da una specie di "paralisi" (è un termine un pò forte ma illustrativo) del sistema muscolare. Nel sonno fisiologico questa paralisi di ciò che è fisico, separata dall'attivazione di ciò che è psichico, **dipende dal grado di maturazione del sistema nervoso e dalle esperienze vissute durante la veglia.** Nelle fasi REM dei bambini piccoli (maturazione in corso) l'attivazione muscolare è ancora presente mentre nell'anziano è quasi totalmente assente: questo spiega come mai il sonno dei piccoli sembra più "agitato" di quello degli anziani.

Il sonno NON REM è quello prevalente in quanto a durata mentre il sonno REM, cumulativamente, dura 60-70 minuti in tutto, suddivisi in diversi (da 3 a 5) picchi di breve durata (circa 15-20 minuti ciascuno) che intervengono approssimativamente ogni 2 ore di sonno NON REM.

La salute psichica è garantita dalle fasi REM: durante questi periodi, infatti, c'è un **rifasamento delle esperienze** che si **esprime attraverso il sogno:** maggiore la quantità di esperienze e minore la presenza di filtri dati dalla maturazione del sistema nervoso, maggiore la possibilità che durante queste fasi vi sia coinvolgimento anche fisico attraverso manifestazioni macroscopiche (pianto, verbalizzazione, smanie, movimenti anche coordinati come richiamare, alzarsi, muoversi, afferrare, ecc.). Nei bambini piccoli (e fino a circa 8-10 anni) è frequentissimo il riscontro di sonni apparentemente disturbati ma in realtà fisiologici (al risveglio non c'è memoria di quanto accaduto e i bambini appaiono allegri e riposati nonostante vi siano state manifestazioni macroscopiche durante il sonno).

La privazione o il disturbo delle fasi REM porta in tempi brevi a disturbi di tipo caratteriale/comportamentale (problemi di memoria, ansia, difficoltà di applicazione alle attività diurne, nervosismo, ecc.)

La distribuzione delle fasi REM durante il sonno è, come detto, intermittente ma collocata in orari abbastanza prevedibili. **Per la mia esperienza gli orari più frequenti sono l'una, le tre**

e le cinque del mattino: il bambino smania, sbuffa, si rigira nel lettino, talora parla o borbotta, piange, ride, compie movimenti di suzione, richiama, strilla, si alza in piedi. Quasi costantemente l'intervento dei genitori **non è accompagnato da risoluzione dell'apparente disturbo ma anzi da resistenza e peggioramento delle manifestazioni:** il bambino si dimena se preso in braccio e sembra difendersi da chi lo tocca o cerca di consolarlo, spesso amplificando le sue reazioni. Un'altra caratteristica del sonno REM nei bambini è che, pur dormendo, **in questi periodi sono spesso ad occhi aperti** (ed i genitori credono che il bambino sia sveglio quindi attribuiscono l'agitazione a fenomeni non legati al sonno).

Come detto prima le fasi REM hanno breve durata (circa 15-20 minuti ciascuna): l'esaurimento delle fasi riporta spontaneamente il bambino nel periodo NON REM di sonno profondo.

NON BISOGNA INTERFERIRE CON LE FASI REM. Il prezzo che si paga è piuttosto alto, se ci si pensa bene. Durante la veglia infatti il bambino tenderà ad essere irritabile e poco collaborativo, capriccioso, ansioso, se è stato "disturbato" dagli inconsapevoli genitori (nei momenti di REM) i quali attribuiscono questo stato non al fatto che col loro intervento hanno decurtato il sonno di una sua importante benefica azione, ma alle manifestazioni in se (mi riferiscono che il bambino "dorme male"...quando in realtà stava dormendo benissimo finchè qualcuno non è andato ad interrompere).

Spesso l'intervento migliore è il non-intervento.

Ma come fare a distinguere questi pianti/richiami fisiologici del sonno, da quelli che invece dipendono da altro?

Bene: **occorre fare una anamnesi.**

1) Se il bambino è **raffreddato** è probabile che respiri a bocca aperta e quindi che si risvegli perchè ha disagio endorale (vuole bere). In questo caso è anche possibile che pianga perchè non riesce a respirare agevolmente. Pulire il naso, dare un pò di acqua e mettere il bambino sollevato spesso risolve

2) Se il bambino ha **dolori addominali** (coliche gassose o altro) il pianto è acuto e non è accompagnato da smanie o sbuffi precedenti

3) Se il bambino è in **fase di eruzione dentaria** il fastidio gengivale può dare origine a risvegli e pianti

Sono esempi dei moventi più probabili alternativi alle fasi REM: come si vede non sono comunque eventi che richiedano intervento immediato.

Quale è il mio consiglio, allora?

Se il bambino, alle 1 , 3 o 5 del mattino ha un sonno agitato, NON INTERVENIRE SUBITO ma lasciar passare i canonici 15-20 minuti: se il pianto prosegue si interviene, se cessa il problema è risolto.

Dopo i 5-6 mesi inoltre è necessario (per chi può farlo) mettere il bambino a dormire in un'altra stanza: in questo modo i genitori non saranno allarmati da ogni sospiro (che il silenzio e la quiete della notte amplificano) ma soltanto da eventi più significativi e rumorosi, quindi avranno a loro volta risvegli meno frequenti ed una minore interferenza sulle LORO fasi REM.

Ultima notazione: **intervenire frequentemente (anche se non c'è bisogno) fa sì che il bambino instauri un riflesso condizionato: all'evento corrisponde una gratificazione.** Questo meccanismo porta ad una degenerazione dei fatti per cui **il bambino richiama consapevolmente in modo tale che vi sia intervento** (prendere in braccio, ninnare, andare nel lettone, ecc.). Attenzione, perchè **non va salvaguardata la qualità del sonno soltanto del bambino MA ANCHE QUELLA DEI GENITORI.**

L'inserimento al nido e alla materna: crescita, non distacco

13/7/2013. E' di pochissimo tempo fa una richiesta di "aiuto" pervenutami da parte di una mamma (ma è una delle tante) in merito al comportamento da tenere di fronte al proprio bambino, di tre anni, al suo primo impatto con la scuola materna. Il piccolo piange, non partecipa alle attività, è regredito dal punto di vista della continenza (rendendo di nuovo necessario il pannolino), resiste all'allontanarsi della mamma, e genera, in quest'ultima, seri dubbi sul come comportarsi per accompagnare in modo non traumatico il figlio in questa nuova situazione. **Nel mio libro "Per i bambini, con i bambini"** (<http://www.ibs.it/code/9788890121357/tasca-stefano/per-i-bambini-con.html>) **ho dedicato un intero e dettagliato capitolo al tema dello stress da inserimento** ma qui farò una breve sintesi di quanto, in quello scritto, ho condensato della mia esperienza in merito.

Tra la nascita e i 18 mesi il bambino inizia un'operazione di riconoscimento della propria persona come individuo. Questo porta dapprima a formare un concetto di "se", successivamente dell'"altro da se" ed infine quello della interazione sociale. Queste tre tappe, uguali per tutti seppure con tempi diversi, dovrebbero essere lasciate alla loro evoluzione spontanea, senza interferenze e senza restrizioni particolari se non quelle dettate dalla proposta e dalla "richiesta di rispetto" delle regole comuni. L'ingresso al nido, quindi, è un'occasione di crescita perché il bambino ha la possibilità di sperimentare se stesso come individuo inserito all'interno di una piccola società nella quale

dovrà imparare a trovare figure di riferimento differenti da quelle usuali e domestiche (padre, madre, nonni, eventuali tate, ecc.). Le mamme però, noto con sempre maggiore frequenza, hanno un contatto ed una unione coi propri figli talmente forti che a volte si frappongono a questi naturali momenti di iniziale contatto con la società: sempre più spesso lo stress da inserimento non riguarda i bambini ma loro stesse (sensi di colpa di fronte al pianto, incapacità di gestire la tensione, precipitose retromarce sui modi e i tempi di inserimento e quant'altro).

L'ansia materna si trasmette, purtroppo, a dispetto dei tentativi (talora eroici ma inutili) di mascherarla. L'ansia è una di quelle situazioni che inconsciamente trabocca da gestualità, tono di voce, modo di muoversi,, modo di guardare, ecc.... tutte cose che un bambino piccolo capta ed incorpora meglio di qualsiasi parola di conforto. E' calcolato che nella comunicazione umana le parole contano soltanto per circa il 7%: il resto è linguaggio del corpo. Risulta dunque ovvio che se il bambino è lasciato all'asilo da una madre trepida, che esita ad andarsene, che attende inutilmente l'estinzione del pianto per allontanarsi, che a volte piange a sua volta, il gradimento del piccolo non sarà sicuramente massimale. Non solo: il ritornare sui propri passi o il tentare e poi rimandare (assecondando quindi la richiesta di "non rimanere all'asilo" che il bambino fa piangendo) rinforza i pianti e le proteste generando un riflesso condizionato. Se il bambino sa che piangendo e protestando ottiene ciò che vuole, è naturale che reiteri il suo comportamento per avere quella risposta....ma non otterrà altro se non un prolungamento della sua permanenza in un limbo educativo che, alla lunga, genera possibili disturbi di inserimento sociale, mentre dal suo canto la madre non avrà altro che un momentaneo sollievo dai suoi sensi di colpa che però rimarranno tali ogni volta che tenterà di riportare la situazione nei suoi naturali confini. Insomma inserire un bambino al nido è contemporaneo alla presa di coscienza da parte della madre che suo figlio è un individuo e non un pezzo di se stessa che si separa. In questo senso dunque il rito di passaggio ha una doppia valenza: educa il bambino alla socialità e la madre al ruolo di

accompagnatrice (e non più di unico sostegno).

E allora? Che si fa?

- 1) Si deve semplicemente prendere coscienza che si tratta di un momento di crescita importante; rimandarlo non serve a nulla
- 2) Si deve capire (perché succede sempre) che le proteste sono direttamente proporzionali alla propria titubanza: tendono ad intensificarsi e a durare nel tempo se chi accompagna e va a riprendere si fa vedere angosciato
- 3) Sorridere sempre ed essere sereni (e determinati) nel portare il bambino all'asilo, anche quando questi sembra essere disperato o triste: non significa ignorare i suoi sentimenti....semplicemente serve a non rinforzare la sua sensazione di pericolo
- 4) Quando si va a riprendere il bambino occorre non trasmettere la propria sensazione di "sollievo" per la fine di una tortura: abbracciare più forte, stringere, sbaciucchiare corrispondono alla trasmissione, da madre a figlio, della "fine di un pericolo". La naturalità del rivedersi deve stare nel comportamento sereno di chi semplicemente si rivede dopo una piccola assenza.
- 5) Parlare a casa di quanto fatto in asilo (vale per i bambini più grandicelli ovviamente) è utile e motivante: sempre con interesse e sempre lodando. Al bambino va data la sensazione che sta diventando grande quindi le sue opere e le sue azioni vanno rinforzate in questo senso
- 6) Mai parlare male o criticare o biasimare davanti al bambino le persone che, nell'asilo, si occupano dei piccoli. Non sto dicendo di ignorare eventuali errori pedagogici (che vanno ovviamente segnalati a chi di dovere): semplicemente sto sottolineando il concetto prima espresso di comunicazione non verbale. Alle critiche spesso si associano gesti e toni di voce ed anche se le parole non sono comprensibili, il resto per un bambino anche molto piccolo lo è perfettamente. Occorre tenere presente che quelle persone sono le figure di riferimento del bambino quando è fuori casa: se vengono delegittimate il bambino stesso ne avrà

paura e non fiducia.

7) Stabilire, davanti al bambino, cordiali rapporti con il personale (stretta di mano, sorrisi, scambio di battute come se si fosse in confidenza) al momento di lasciarlo. Perdere 5 minuti in chiacchiere allegre, includendo il piccolo, corrisponde ad un lasciapassare. “Se mamma si fida posso fidarmi anch’io”. Inoltre sarebbe importante che il bambino, durante questo scambio di parole e gesti, fosse accolto con serenità. In breve tempo il personale diverrà una estensione dell’ambito familiare.

Forza mamme: i figli non sono vostri ma del mondo. I genitori devono aiutare i figli a staccarsi e a muoversi, non a permanere legati e intrappolati.

Rapporto tra genitori e pediatra: cosa personalmente considero importante

17/7/2013. E' un bel pezzo che faccio questo lavoro ed ogni tanto mi ritrovo a fare bilanci. Fare il pediatra oggi è divenuto difficile: sempre più spesso, a causa di una pletera di paure ed ansie genitoriali, la mole maggiore di impegno è sul versante psicologico e non su quello medico. I bambini sono quelli di sempre, con i loro comportamenti, con le loro coliche, febbri, rigurgiti, con i loro strilli da interpretare. Sono cambiati i genitori che, disorientati da un'informazione eccessiva (internet, libri, riviste e quant'altro) dalla quale non ricevono alcun indirizzo univoco, sono sempre più oberati da un senso disagiata di inadeguatezza e sono alla continua ricerca di conferme e rassicurazioni. In questo clima sempre più è necessario che il pediatra sia un punto di riferimento non solo medico. Per ciò che l'esperienza mi ha insegnato la sua figura dovrebbe essere un punto fermo all'orizzonte non per l'intervento effettivo ma come elemento di rassicurazione sempre raggiungibile e sempre presente. Ho notato che la propria disponibilità di professionisti non corrisponde ad un "uso eccessivo" della persona: infatti la maggior parte delle volte basta far capire che non si viene meno al proprio impegno con la famiglia per sedare, seppure in parte, la maggior quota di dubbi. Far capire ai genitori che non sono abbandonati a se stessi già di per se li rende più sicuri (e quindi poco inclini a chiamare o a chiedere consulti). **Il pediatra non è quindi un salvagente ma un approdo**: non aiuta a nuotare e a stare a galla ma rappresenta una sponda a cui

aggrapparsi in caso di bisogno...e questo è un ottimo sistema per iniziare a sviluppare un percorso autonomo di genitorialità.

Il rapporto pediatra famiglia deve essere obbligatoriamente fiduciario. La convenzione mutualistica molte volte non consente di operare scelte in questo senso. La vicinanza a casa, la comodità degli orari o semplicemente la possibilità di trovare posto (dato che i massimalisti sono molti) sono i parametri che condizionano le scelte nell'attuale sistema sanitario. Il numero a volte molto alto di piccoli seguiti da ogni professionista, inoltre, impedisce un reale e rassicurante rapporto: poco tempo e quel poco interrotto da telefonate o interferenze. Non mi sembra normale date le precedenti premesse. Occorrerebbe ridurre drasticamente il numero di pazienti per medico ed aumentare la quota capitaria (con un maggiore rimborso si otterrebbe un vantaggio visto che un numero inferiore di pazienti a parità di stipendio porterebbe a seguirli in modo migliore e più continuativamente). Tutto ciò non avviene e dispiace, perché viene meno la funzione di approdo, cui accennavo all'inizio, che il pediatra dovrebbe rappresentare per la famiglia.

L'unica alternativa è rivolgersi ad un pediatra libero professionista ma anche qui, pur non tenendo conto del carico economico, spesso il problema non si risolve: la parte medica certamente viene assolta in modo più accurato ma, mi rendo conto, parlando di sostegno psicologico anche qui le carenze a volte sono vistose.

Cos'altro dovrebbe dunque caratterizzare la figura del pediatra moderno? Secondo il mio giudizio l'aggiunta di corsi di psicopedagogia e di formazione genitoriale nelle scuole di specializzazione non sarebbe sufficiente seppure parzialmente potrebbe fornire degli indirizzi di intervento.

Occorre soprattutto la consapevolezza che fare il pediatra (convenzionato o meno) significa spendersi in prima persona ed avere sempre in mente che si incarna un ruolo di importanza a volte cruciale. I bambini, dal punto di vista fisico, è facile seguirli...ma un bambino senza la sua famiglia, che ne

condiziona l'evoluzione anche emotiva, non è che un elemento di un complesso mosaico fatto di emozioni, interazioni, cambiamenti, adattamenti.

I miei trent'anni di pratica mi hanno insegnato che occorrono passione, soprattutto, ed amore per quanto si svolge. Occorre senso di responsabilità, occorre empatia e spesso una buona dose di pazienza. Occorre saper indirizzare senza plagiare, informare senza influenzare. Occorre avere sensibilità nel soffrire e nel gioire insieme alla famiglia nel suo complesso.

Mi rendo conto che è difficile ma in una professione come quella del pediatra sono troppe le implicazioni di ordine psicosociale per non interessarsene e per non capire che sovente sono preponderanti nella genesi di un notevole numero di patologie anche fisiche.

Personalmente agisco divenendo lo “zio acquisito” dei miei bambini: mi riesce più semplice, infatti, acquisire la fiducia dei piccoli quando ho agganciato emotivamente i genitori e coloro che sono responsabili delle loro cure. A volte questo significa essere crudi nel rappresentare problemi la cui mancata soluzione può determinare danni sia a breve che a lungo termine. Non sono “compiacente”, insomma, e non rispondo con le parole che i parenti vorrebbero sentirsi dire ma con quelle che a mio giudizio, da esterno, sono le più adatte a far prendere coscienza di un dato negativo e potenzialmente pericoloso. Ogni procedura scorretta che individuo è seguita dalla sua spiegazione sia fattuale che prospettica. Certamente è faticoso perchè mi richiede di essere sempre costantemente aggiornato ma la constatazione di ottimi risultati, sia in termini di salute fisica dei bambini sia dal punto di vista dell'interazione umana, mi suggerisce che ne vale la pena.

Alle tirate d'orecchi (durante le quali sono consapevole che toni e parole hanno un peso e quindi che potrebbero essere fraintese) sinora è sempre seguito un ringraziamento da parte dei genitori. Questo mi conforta ulteriormente: essere severi ma empatici e comprensivi significa “caring”...vuol dire che **mi interessa davvero il benessere di un bambino e non soltanto il**

suo “essere mio cliente”. Fare il pediatra diventa dunque molto gratificante se si abbraccia l’interesse dell’”essere/bambino”, seguendo in modo armonico la crescita e la salute sotto tutti (nessuno escluso) gli aspetti.

Bambini di due anni e mamme perplesse: un caso emblematico utile per la comprensione dei comportamenti nei “terrible two”

Dicembre 2013. Chissà quante si riconosceranno in questa mail inviata dalla mamma di un piccolino che seguo dalla nascita. Ritenendo che possa essere di utilità pubblica la risposta che le ho inviato ne faccio un articolo che spero possa chiarire cosa accade a due anni dal punto di vista relazionale e come sia possibile districarsi nel ginepraio educativo. Il testo della mail in sintesi:

“...Da quando sono ritornata a lavoro il bambino ha cominciato ad avere comportamenti strani soprattutto nei miei confronti e qualche volta verso il padre.mio marito manca tutta la settimana da casa per lavoro.....io faccio letteralmente i salti mortali per conciliare orario lavorativo con orario nidoQuesto sicuramente non mi rende disponibilesi generano quindi, a mio avviso, dei circoli viziosi che in determinate serate sfociano in arrabbiate da parte miadeterminati suoi comportamenti ora non sono più tanto disponibile a tollerarli. Ora capisce e molti suoi atti sono intenzionali.sta attuando una sorta di ripicca nei miei confronti.ha capito che ci rimango male quando chiama papà nei momenti in cui sono con lui e lo sto coccolando o accudendo. Così quando mi vuole far indispettare (perchè lo si capisce che è un dispetto) mi guarda in faccia e mi dice senza alcun motivo ‘papà’.non voglio che si metta in piedi sul letto e lui lo fa mi chiama e aspetta la mia reazione.....gli dico di non mettersi in bocca una determinata cosa perchè pericoloso e lui lo fa guardandomi con aria di

sfida.....gli dico di non fare una determinata cosa e lui la fa. ultimamente raggiungo il limite dicendogli che non gli voglio più bene e che me ne vado lasciandolo solo. Questo lo fa piangere disperamente al punto che mi rincorre in casa se io mi sono **allontanata e mi si aggrappa disperato**. In questi scontri **ho quasi la sensazione che non mi voglia bene e che anzi provi un senso di odio nei miei confronti**.

Altre volte mi ha visto vicino ad una bambina e mi sono ritrovata strattonata dal bambino con lamentele verso la bimba del tipo "mamma tatto, mamma mia". Atteggiamenti simili li ha avuti anche con il padre ma meno esagerati.

Altre volte mi ignora completamente e si rivolge solo al padre. Altre ancora se lo sgrido più e più volte, gli do' uno schiaffo sulla mano

(chiaramente rapportato al suo essere bambino) lui di rimando mi colpisce in

faccia.lo fa solo con me e mai col padre e non è frequente fortunatamente.

.....**io sono l'unica che lo rimprovera mentre mio marito gli concede tutto e solo raramente lo sgrida (ma fa quasi ridere)**.

.....il bambino fa ogni cosa possibile e immaginabile per attirare la mia attenzione. Una sera una mia amica se n'è dovuta andare via per evitare che smontasse casa.

La notte spesso si sveglia e o mi chiama o piange e vuole venire a dormire

con me. Anche se c'è il padre.....**non è tutti i giorni così ma gli episodi settimanali sono piuttosto frequenti e cominciano a preoccuparmi**.**quando siamo d'amore e d'accordo il nostro è un rapporto idilliaco quasi in simbiosi**."

La mia risposta:

Le premetto (e non solo per consolarla ma perchè si tratta di esperienza comune, anzi comunissima e direi irrinunciabile) che

suo figlio di due anni non fa nulla di diverso da quello che TUTTI i bambini fanno a quell'età. Quello che cambia è il modo di interpretare questi comportamenti da parte di chi se ne prende cura e che magari deve (come lei) affrontare giornate irte di difficoltà (lavorative, orarie, domestiche e quant'altro). Il comportamento di suo figlio ha a che fare con l'autosperimentazione in quanto individuo: vuole essere riconosciuto come tale e quindi fa di tutto per sfidare l'autorità allo scopo di sentirsi potente, e lo fa sin quando non genera, nell'altro da se, una reazione. Non a caso, quando vuole sfidarla facendo qualcosa di proibito, attende che lei sia presente. Nulla di nuovo sotto il sole. Un bambino che non attraversasse questa fase non svilupperebbe un'autonomia efficiente ma sarebbe un soggetto acquiescente ed automatico. Il progresso e l'evoluzione si basano storicamente sulla confutazione e l'opposizione (ci pensi): se Galileo non avesse sfidato l'inquisizione mettendo a rischio la propria vita, staremmo ancora pensando che la terra è immobile al centro dell'universo. Nella scala infantile, a due anni accade la stessa cosa: sfida e opposizione sono sperimentazioni. Il bambino si mette alla prova rischiando rimproveri e punizioni al solo scopo di vedere dove può spingersi, fino a dove le proibizioni sono costanti, fino a che punto arriva una correzione...senza rischiare l'abbandono o la disistima (e questo le spiega perchè, quando lei dice di non volergli più bene, si sente perso). E' una specie di gioco al diventare grandi inserendosi nel mondo adulto un pò a forza, facendosi spazio in un minestrone di regole prendendole a calci, vedendo quali resistono e quali si infrangono. Il lavoro maggiore non è per suo figlio, che non fa altro se non crescere e farsi spazio. L'impegno è in chi è deputato a comprendere ed indirizzare questo fiume di energia allo stato puro in modo da incanalarlo in un alveo che, col passare del tempo, sarà sempre più ampio ed accogliente e quindi consentirà un flusso meno tumultuoso sfociando alla fine nel mare della vita adulta (dove la rotta non verrà tracciata da

nessuno se non da se stessi).
Perchè faccio il paragone dell'alveo? Perchè esprime in modo efficiente la capacità di "assorbimento" del flusso di informazioni: finchè il bambino è piccolo l'alveo è piccolo per mancanza di mezzi logici (che rappresentano le sponde) quindi il flusso di informazioni sarà necessariamente compresso dall'impossibilità di trovare una "lateral vision" delle cose. Man mano che cresce l'esperienza (e sottolineo l'importanza di questo elemento) farà sì che lo scorrere degli eventi possa allargarsi, assumere un corso differente, trovare soluzioni di percorso più vantaggiose e favorevoli. Ora è faticoso anche per lui: rifletta sul fatto che per il solo scopo di sperimentarsi mette a repentaglio la sua sicurezza di bambino (mamma che si arrabbia e sgrida e punisce e magari dice che lo lascia solo). Non è certo divertente così come non è divertente ripetere sempre gli stessi atti al solo scopo di ottenere una risposta quale che sia. Il genitore fatica non tanto a tracciare l'alveo quanto a cercare di farvi confluire il flusso. Se ci ha fatto caso queste fasi di sfida ed intemperanza non sono continue ma hanno una cadenza: a giorni di intimità e amore si alternano periodi più o meno brevi di tormento educativo, segno chiaro di quanto le ho appena detto: è piccolo, dipendente, ha bisogno ancora di cure efficienti ma nel contempo si sente ingabbiato in una stretta che sente dannosa (a livello inconscio) per il suo cammino verso il diventare grande. Lei è contemporaneamente la dea madre e la carceriera: gli da tutto ciò che gli necessita ma gli impedisce di scegliere quando, quanto, come e perchè desiderarlo ed ottenerlo al di fuori di concessioni che sfuggono dal suo potere decisionale.

Sono stato nei suoi panni (ho un figlio, ora grande) e quindi capisco e condivido il suo disappunto davanti a questi eventi. Non ho una soluzione specifica per il suo caso: per i "terribili due anni" ognuno deve trovare la soluzione al proprio enigma, dato che ogni bambino (ed ogni genitore...ma più estesamente ogni gruppo familiare) ha le sue specifiche caratteristiche delle quali il non tener conto potrebbe essere dannosissimo. Applicare regole fisse può non solo rallentare i processi ma

addirittura arrestarli nel senso che (Watson insegna) con metodi di tipo comportamentale (coercizione, punizioni, riflessi condizionati e sensi di colpa) è più facile ottenere ciò che si vuole (ad esempio obbedienza, acquiescenza e, in definitiva, pace) ma al prezzo di non sapere se ciò che si ottiene è veramente il meglio per la crescita del bambino.

Non tema per l'evoluzione di suo figlio. Cerchi di essere ferma nella costruzione dell'alveo in cui confluisce il torrente (regole, in particolare), sia paziente, non lo ricatti e si faccia vedere autorevole (e per questo non occorre alzare la voce o ricorrere a mezzi coercitivi), un punto di riferimento che concede quando è il caso e che frena quando non lo è. Domini la sua ansia che al 90% è dovuta semplicemente ad insicurezza. Lei vorrebbe risposte certe ai suoi atti educativi e non ottenendole è perennemente rosa dal dubbio di fare uno sbaglio via l'altro. E' rosa dalla paura non essere una buona ed efficiente madre ma, più incoscientemente, teme l'interruzione del contatto intimo ed affettivo col suo "bambino" candidato a crescere e staccarsi sempre più da lei (si chiedi chi ha più paura tra lei e suo figlio in merito alla "perdita dell'affetto": lo dice lei stessa nella mail che ha la sensazione che la odii o che non le voglia bene...ed è colpita quando non viene considerata se c'è il papà). Il bambino percepisce la sua insicurezza che ha come manifestazione più evidente la perdita di controllo. Si chiedi perchè arriva a sfidarla fino al punto che, non potendone più, alza la voce (sintomo di ansia) o si mette al suo livello (non ti voglio più bene! o frasi simili...chiaro segno di insicurezza). Una persona che sa ciò che vuole dichiara i suoi intenti e li persegue, semplicemente e serenamente perchè sente che sono giusti. Li applica nonostante proteste o capricci, senza bisogno di doverli spiegare o giustificare. Non teme di far fronte, non si nasconde dietro un urlo. Ciò che deve assolutamente fare è inoltre cercare assiduamente la collaborazione di suo marito che deve convincersi di essere un padre e non un compagno di giochi: pagherà caro il suo atteggiamento amichevole e concessivo, ma non direttivo, non certo ora (che ha a che fare con

un piccolino) ma quando avrà di fronte un adolescente che non lo considererà capace e quindi non ne prenderà l'esempio, non ne sarà corretto, non avrà un termine di paragone sul quale misurarsi, non lo vedrà come una persona sui parametri della quale basarsi ma soltanto come un'anonima presenza che eroga soldi, regali e giustificazioni e che può essere manipolata a piacimento. Faccia un buon lavoro e non si preoccupi troppo: piuttosto lavori in modo che nella famiglia si generi un clima di collaborazione e di unione.

Abituiamo i nostri figli alla vita: amorevole fermezza e rispetto delle regole

Mi accorgo con una certa preoccupazione che i ragazzi non sono pronti agli sviluppi futuri della nostra società. L'altro giorno ne parlavo con mio figlio Alessandro (nella foto...appena nato), ventunenne universitario, che viene da un'esperienza familiare (la nostra) fatta di senso di responsabilità e di riconoscimento del valore del lavoro e della qualificazione come dato irrinunciabile per la crescita sia personale che sociale. Nel discorso che si dipanava, man mano prendevano forma nella mia mente alcune immagini piuttosto nette, suggerite proprio dalle considerazioni che Alessandro faceva rispetto ai coetanei (trepidi, ansiosi e sempre in cerca di rassicurazioni o giustificazioni, poco inclini al sacrificio e spesso dediti alla conquista di favore e simpatia da parte di insegnanti e professori attraverso un'opera di "lisciamento"), ai più piccoli (attuali 12-13enni o meno, pretenziosi, sgarbati e viziati) ed ai leggermente più grandi (attuali trentenni, sottoccupati o disoccupati, conviventi coi genitori e rassegnati). Ne è emerso un quadro che coincide con quello che io stesso, osservando l'evolversi di molte famiglie che seguo (certamente non tutte) e che conosco, mi sono fatto: concessività ed iperprotezione nei confronti della prole.

Madri trepide e sempre nel dubbio di sbagliare nel loro rapporto coi figli, danno origine a situazioni talora paradossali e diseducative. Padri incerti e spesso in disaccordo con le compagne sui metodi educativi, sfuggono alle loro responsabilità rifugiandosi in un comodo atteggiamento di passività (e spesso questo cortocircuito getta le basi per separazioni e divorzi). I figli, che avrebbero bisogno di indirizzi (spesso da imporre più che da proporre...e con fatica), non ne ottengono se non falsati da questo atteggiamento permissivo e giustificativo.

Qualcuno dirà (di quei pochi che leggeranno queste

considerazioni) che sto esagerando e forse che sono rigido come educatore. Ebbene non credo che il mio modo di fare apparentemente spartano sia duro: semplicemente tiene conto del ruolo che un genitore deve avere per preparare i figli all'autonomia ed alla autodeterminazione in una società ben poco generosa e spesso proteiforme in quanto a proposte/concessioni.

Nessuno sembra rendersi conto che l'educazione inizia nel momento stesso in cui il bambino nasce. Spesso ai genitori sottolineo una constatazione apparentemente scontata ma raramente presa in considerazione: il mondo e la società esistevano già prima della nascita del nuovo essere, quindi chi deve adattarsi non è il mondo ma il soggetto che vi è entrato. Basterebbe soltanto questa presa di coscienza per indirizzare le mosse di padri e madri verso la giusta direzione: orari, ritmi di vita, distinzione coerente e costante fra ciò che si può e ciò che non si può fare, mangiare in un certo modo, separare il gioco dall'impegno.....e poi, crescendo, rispetto verso i più grandi e verso se stessi, capacità di autovalutazione obiettiva (e quindi riconoscere i propri errori), coraggio nel superare le sconfitte (che debbono esserci: non illudiamoci di poter evitare tutte le amarezze ai nostri figli dato che sono proprio queste che mettono alla prova e correggono il tiro nell'operare scelte e nel rialzarsi dopo una caduta), consapevolezza dei propri limiti (l'eccesso di lodi in famiglia e di premi anche "di consolazione" non fornirà mai ad un giovane la misura certa delle proprie capacità, rendendolo poi deluso e depresso di fronte a valutazioni sociali non altrettanto entusiastiche). Potrei continuare molto a lungo ma quel che mi preme (e mi preoccupa) è di far capire che dire sempre di sì, non resistere alla tentazione di giustificare sempre e comunque, sostituirsi nelle scelte, non lasciare che vi siano piccole delusioni o comunque operare in modo che non si sappia trovare un modo per superarle autonomamente, sono posizioni DI COMODO e non DI UTILITA'. Assumersi la responsabilità di educare significa talvolta resistere alla tentazione di andare verso il "male minore" e non verso "la migliore soluzione": dire "no", essere fermi e coerenti, costa sia in termini emotivi che dal punto

di vista pratico (capricci, grane) ma è certamente più formativo. Non ricorrere, ad esempio a scuola, a segnalazioni di supposte angherie degli insegnanti (che spesso tentano solo di ottenere da bambini riottosi un minimo di attenzione e collaborazione), significa far sì che le sconfitte (brutti voti o simili) siano riconosciute dal bambino/ragazzo e superate. Lavorare da genitori implica accordo e coerenza fra i membri della famiglia incaricati dell'educazione: padri che proibiscono una cosa, delegittimati da una madre trepida che concede quella stessa cosa (o viceversa, s'intenda) CREANO RAGAZZI DISORIENTATI sempre in cerca di soluzioni di comodo, spesso non le migliori. Infine: l'incapacità di imporre regole (che devono esserci e non troppo differenti da quelle che si ritroveranno nella vita adulta) farà sì di creare l'illusione che le regole stesse non esistono o che comunque possono essere aggirate. Vivere nella società significa essere responsabili NON SOLO DI SE STESSI (individualismo) ma anche degli altri: se non si lavora bene come genitori si otterranno individui che non faranno male solo a se stessi ma anche a tutti coloro che vi avranno a che fare. Meditare non fa mai male, su questi temi.

Rotavirus: vaccinare o non vaccinare i neonati?

Rotavirus: questo sconosciuto. Si tratta di un virus a RNA piuttosto contagioso e globalmente responsabile del 40% circa di tutte le cause di diarrea entro i primissimi mesi/anni di vita. In Italia ha un'incidenza simile a quella del resto del mondo ma una mortalità estremamente bassa in virtù della disponibilità di mezzi sia preventivi che curativi delle complicanze (disidratazione e diselelettrolitemia in modo particolare). Come è facilmente intuibile, però, tale virus incide nei costi sociali pur non essendo particolarmente minaccioso qui da noi. Nel resto del mondo, ed in particolare nei Paesi in via di sviluppo, la sua azione è nefasta sia per ciò che attiene alla morbilità che per la mortalità. Dalla fine degli anni '90 si è tentata una vaccinazione ma le prime strategie (fino al 2005-6 circa) si sono rivelate inefficienti. Attualmente è invece disponibile un vaccino polivalente che attua una sierconversione ma non elimina la possibilità di ricadute. In merito al costo sociale, globalmente valutato, qui in Italia ogni anno si spendono dai 67 agli 80 milioni di euro l'anno per diagnosi, cura, eventuali ricoveri e giornate lavorative perse dai genitori durante il periodo di malattia gastroenterica. Queste sono le premesse del discorso. Vengo ora al ragionamento.

- 1) Non si tratta di malattia grave ma certamente di malattia frequente
- 2) Il costo sociale aumenta con l'instaurarsi delle complicanze che portano al ricovero ma si possono abbattere i costi migliorando la terapia domiciliare intervenendo rapidamente ed efficacemente
- 3) Il vaccino ha effetti indesiderati piuttosto spiacevoli (alta

frequenza di intussuscezione intestinale che porta all'occlusione).

L'organizzazione mondiale della sanità ha stabilito la vaccinazione come presidio irrinunciabile in quei Paesi in cui la mortalità per diarrea nella fascia d'età 0-5 anni sia maggiore o uguale al 10% degli affetti (e noi Italiani ne siamo fuori). Austria, Belgio, Lussemburgo, Francia e Germania hanno incluso la vaccinazione in un programma che **non comporta offerta gratuita o raccomandazione di vaccinazione universale**. Qui in Italia si sono individuati gruppi a rischio per i quali la vaccinazione è gratuita (prematuro gravi, nefropatici, cardiopatici, pneumopatici, neuropatici o comunque soggetti che vanno incontro a frequenti ospedalizzazioni sia per terapia che per controllo). Per questi gruppi a rischio la vaccinazione è gratuita mentre per tutti gli altri è a pagamento. Non si individua la necessità di vaccinazione universale anche se nessuno lo dice chiaramente ed anzi, ultimamente, sento sempre più mamme a cui viene proposta con una certa vivacità pur se non c'è motivo (se non quello del supposto costo sociale).

In merito alle complicanze:

1) [Med Sci Monit.2012 Feb;18\(2\):PH12-17](#). **The temporal relationship between RotaTeq immunization and intussusception adverse events in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS).** [Geier DA](#), [King PG](#), [Sykes LK](#), [Geier MR](#).

Le conclusioni di questo studio sono chiare riguardo alla probabilità di intussuscezione intestinale tra il terzo ed il settimo giorno dopo la vaccinazione

2) [Indian J Public Health. 2012 Jan-Mar;56\(1\):17-21](#). doi: [10.4103/0019-557X.96951](#). **Burden of rotavirus in India—is rotavirus vaccine an answer to it?** [Taneja DK](#), [Malik A](#).

Qui viene segnalato il paradosso per cui nei Paesi in via di sviluppo l'azione preventiva del vaccino è minore di quella che avverrebbe nei Paesi più sviluppati, tanto da indurre a pensare che occorrono più dosi per l'immunizzazione. In ogni caso anche i

vaccini hanno un costo per cui in India, dove è stato effettuato lo studio, si sottolinea che prima di inserire il vaccino nella schedule nazionale occorre vedere se il rapporto costo beneficio è vantaggioso o meno.

Qui in Italia la Sanità sta decadendo in modo sostanziale: se la valutazione delle malattie non è più in virtù della loro influenza negativa sugli umani ma sul peso economico che ha a livello sociale, allora forse si potrebbe parlare con maggior forza non dei 60-70 milioni di euro all'anno delle diarree ma....dei 23 miliardi l'anno dei costi della politica (stipendi, auto blu, consulenze, cda, ecc.)....oppure dei quasi 25 miliardi l'anno dei costi militari (stipendi, manutenzioni, missioni all'estero e quant'altro).

Non è polemica ma semplice constatazione del fatto che il diritto di ammalarsi e di essere curati è costituzionale. Un vaccino costa comunque e non garantisce immunità permanente, è a carico del paziente (che paga di tasca sua 55,5 euro per dose, visto che la maggior parte dei candidati in Italia NON fa parte di categorie a rischio) ed espone a complicanze certamente più serie della diarrea (invaginazione intestinale).

La mia conclusione? Categorie a rischio certamente candidate al vaccino....gli altri forse dovrebbero pensarci un attimo sopra.

La differenza tra “come” fare e “perchè” fare: una cosa da insegnare ai nostri figli

Ci troviamo in una situazione mondiale oggettivamente precaria e potenzialmente pericolosa. Lo sfruttamento dissennato delle risorse, il consumismo senza freni, l'illusione di essere eterni ed onnipotenti ci porterà presto a fare i conti con crisi inimmaginabili. Non sto facendo il profeta di sventure: la terra è un sistema chiuso e non consente di crescere all'infinito. Il sistema terra è progettato per reggersi su equilibri estremamente delicati in cui quel che è degradato obbligatoriamente deve riciclarsi in nuova materia secondo tempi a volte lunghissimi. Non possiamo continuare a consumare e basta. Di chi è figlio questo pensiero? A mio parere dell'ignoranza. Il pragmatismo consumistico ha portato a trascurare (se non ad ignorare volutamente) le conseguenze di ogni nostro atto produttivo: guadagnare, arricchirsi, produrre in modo esponenziale, hanno messo al primo posto tutti gli elementi tecnici lasciando in secondo piano il tempo di vivere e la possibilità di ragionare.

Le riforme politiche attuate qui in Italia per ciò che attiene alla cultura hanno trascurato in modo a mio parere vergognoso tutto ciò che riguarda la parte nobile dell'uomo: il suo potere di dare un senso a ciò che fa. Ormai il tecnico supera l'umanistico: si ricerca a tutti i costi il “saper fare” qualcosa marginalizzando ogni possibile apporto culturale necessario al capire se “fare” è davvero così cruciale o comunque se da questo “fare” derivino potenziali danni o, in casi frequenti, disastri.

Ma perchè un pediatra si mette a fare questi discorsi che hanno poco a che vedere con la medicina? Semplice: mi occupo di futuri adulti e le mie valutazioni non le faccio soltanto fermandomi all'aspetto fisico dei soggetti che vedo crescere ma anche (e direi soprattutto) proiettando nel futuro questi stessi soggetti per

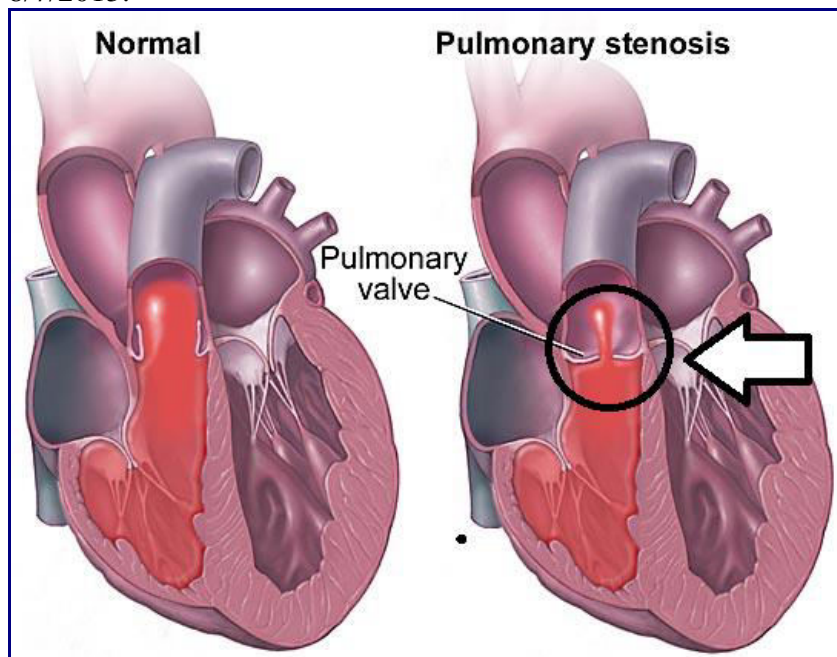
prefigurare una società “a venire” composta di individui che prima o poi, con le loro decisioni, influiranno sulla vita della società stessa.

Sempre più spesso sento dire, anche dai genitori, che ogni studio di tipo umanistico è inutile e fa perdere tempo: occorre, secondo questa nuova tendenza, avere subito competenze specifiche per mettersi rapidamente sul mercato. Questo mi spaventa perchè **nessuno pensa al fatto che la specializzazione porta all'estinzione** (lo insegna la storia della vita sulla terra). Se si sa fare una sola cosa (anche bene) mettersi sul mercato diviene più difficile. Avere competenze “a largo spettro”, invece, permette di riciclarsi più facilmente. Possedere cognizioni di storia diminuisce la possibilità di ripetere vecchi errori; avere elementi di filosofia consente di dare un senso alla propria vita attraverso il ragionamento e l'esercizio della preziosa arte del dubbio; conoscere latino e greco facilita i processi logici; saper apprezzare la letteratura e la poesia aiuta a capire che la razza umana (cito da “L'attimo fuggente”) è piena di passione e di voglia di comunicarla; conoscere l'arte fornisce i mezzi per apprezzare la bellezza in se, come categoria, e dà la possibilità di lottare per difenderla....

Diamo ai nostri figli questo indirizzo: **essere tecnici è utile ma essere umanisti è necessario**. Insegnare loro a leggere, ad ascoltare musica, a formarsi delle opinioni personali, a lottare per difenderle, ad interfacciarsi con gli altri in modo diretto (e non mediato da mezzi artificiali ed artificiosi come quelli telematici che sono sacrosanti e utili ma non sostituiscono) non può che far bene.

Soffi cardiaci nei neonati: meglio un controllo in più che uno in meno

8/7/2013.



E' di pochi giorni fa un episodio occorso presso il mio Reparto, all'Aurelia Hospital, che mi ha spinto a scrivere questo piccolo articolo in merito all'importanza che riveste un'accurata osservazione ed una corretta valutazione dei neonati con soffio cardiaco. Nei corsi di preparazione al parto che tengo qui in Ospedale, tra i vari argomenti che affronto, c'è anche quello dell'adattamento cardio-respiratorio alla vita extrauterina. Tengo sempre a sottolineare che l'evenienza di un soffio quasi sempre rappresenta soltanto un passo iniziale verso un assestamento nelle pressioni delle varie camere cardiache in conseguenza dell'inizio della respirazione autonoma e quindi che questo reperto tende a

scompare o comunque ad attenuarsi col tempo (pochi giorni). Tenendo presente che alcuni forami fisiologici nel feto non si chiudono immediatamente dopo il parto (forame ovale, dotto di Botallo, piccoli difetti interventricolari), sentire rumori all'ascoltazione del cuore è nella stragrande maggioranza dei casi fisiologico. Accade che col passare dei giorni la stabilizzazione delle pressioni all'interno delle camere cardiache dovuta alla sempre migliore dinamica respiratoria, determina una defunzionalizzazione dei forami i quali, in tempi relativamente brevi, si chiudono definitivamente. L'adattamento, quindi, comporta la comparsa del soffio fisiologico (che tipicamente ha un timbro dolce, è udibile al centrum cordis, è sistolico e non supera 1-2/6 di intensità) entro la prima giornata di vita ed una sua pressochè completa scomparsa entro la terza/quarta. Per mia esperienza, però, è opportuno fare delle distinzioni che si basano in primo luogo sulla negatività della sintomatologia generale (assenza di segni da alterata perfusione ed ossigenazione come cianosi, inerzia, facile stancabilità, desaturazioni, ecc.) ma anche sulla intensità del soffio (che non dovrebbe mai superare 1/6 dopo la prima giornata), sul suo timbro e sulla sua persistenza nel tempo. Faccio un esempio: un soffio presente in un bambino apparentemente asintomatico e con buoni parametri, che si nutre al seno in modo efficiente ed è roseo, non è detto che sia innocente se la sua intensità in seconda giornata è ancora superiore a 2/6. Occorre infatti ricordare che la negatività della sintomatologia non è un indice certo di assenza di cardiopatia così come dal solo soffio non si può risalire alla causa. L'episodio di cui parlavo all'inizio dell'articolo configura esattamente questa evenienza .

Una nostra bambina, nata da parto eutocico a termine di gravidanza, ha presentato un piccolo soffio già in prima giornata. L'adattamento cardio respiratorio è stato apparentemente normale entro le prime 48 ore. Il calo ponderale è stato fisiologico, la suzione valida, il tono muscolare e la reattività sono sempre state nella norma ed i parametri vitali sempre entro i limiti (saturazione di ossigeno sempre superiore al 98%, assenza di desaturazioni

anche durante la suzione, frequenza cardiaca compresa tra 100 e 140 battiti, frequenza respiratoria compresa tra 48 e 54 atti/min). Unica anomalia è stata la **mancata regressione del soffio** che però, in assenza di ripercussioni emodinamiche (benessere apparente della piccola), **fino alla 48° ora non è stato attribuito a patologia** (di norma, come detto, si tratta di soffi funzionali e non organici...ad esempio forame ovale o dotto pervio o piccoli difetti interventricolari). Unico elemento sospetto, a mio giudizio, è stato **il timbro del soffio medesimo che (oltre ad essere lievemente aumentato di intensità (circa 2-3/6) era divenuto aspro**. Pur essendo di fronte ad una bambina apparentemente sana la mia abitudine a non trascurare i particolari mi ha indotto al **sospetto che si fosse di fronte ad una cardiopatia congenita compensata** per cui ho deciso di far effettuare un ecocardiogramma prima della dimissione. Tengo a precisare, ripetendomi una volta ancora, che la bambina era perfettamente sana dal punto di vista generale (benessere) e cardiorespiratorio (normale saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca e frequenza respiratoria): questo avrebbe potuto significare (con l'ottica dell'attuale atteggiamento risparmiato imposto dalle amministrazioni regionali) effettuare un ecocardiogramma "inutile". Ho affrontato il rischio di "sprecare risorse" ed ho disposto per l'esame.

Bene: si trattava di una stenosi della valvola polmonare con un gradiente pressorio notevole (circa 60 mmHg), tanto che la bambina è stata trasferita in tempi rapidi (per quel che consente il reperimento di un posto in terapia intensiva cardiologica neonatale) **ed operata il giorno stesso del trasferimento** (valvuloplastica polmonare con palloncino).

Cosa sarebbe accaduto se si fosse male interpretato il soffio giudicandolo fisiologico sulla base della sola sintomatologia generale? Semplicemente, col tempo (da poche settimane ad alcuni mesi) il ventricolo destro si sarebbe sfiancato per lo sforzo di spingere sangue attraverso la valvola stenotica e si sarebbe verificato uno scompenso cardiaco destro.

Sono felice del risultato ottenuto (la bambina ora non ha alcun problema perchè il suo piccolo cuore non ha subito danni da sforzo) e nel contempo sono sempre più convinto che:

- 1) La clinica ha un valore importante ma non assoluto in caso di soffio neonatale
- 2) Effettuare un controllo ecocardiografico in caso di soffio sospetto (timbro aspro ed intensità superiore a 2/6 dopo la seconda giornata) anche se c'è apparente benessere è fondamentale per la diagnosi di cardiopatie silenti ma potenzialmente minacciose
- 3) Limitare, a scopo di risparmio, le prestazioni diagnostiche può esporre a problemi seri: in materia di salute gli investimenti **NON DOVREBBERO MAI ESSERE LESINATI**. Meglio un esame in più che uno in meno, a patto che si segua un criterio clinico razionale e che la valutazione preliminare del soggetto sia completa e logica.

Munchausen per procura: devastante e sconosciuta forma di abuso sui minori

Dicembre 2013. La sindrome di Munchausen per procura (by proxy) o MBP è la denominazione che viene data a situazioni in cui i bambini presentano sintomi di un disturbo organico provocato da azioni manipolatorie, di tipo fisico o psicologico, poste in atto dalla persona che si prende cura di loro, quasi sempre la madre. E' una forma subdola di abuso sui minori che va dal lavaggio del cervello ("tu stai male...tu devi morire") al vero e proprio intervento fisico (ferite indotte, bruciature, somministrazione di sostanze tossiche, ecc.), fino alla deliberata alterazione, mediante inquinamento, di campioni di urine o sangue peraltro perfettamente normali, allo scopo di far sospettare una malattia più o meno grave che richieda frequenti consulti o ricoveri o interventi chirurgici. Ma quel che sconvolge, oltre alla metodica subdola in se, è che lo scopo di queste manipolazioni è quello di mettersi in mostra con i medici e i paramedici, di avere la loro comprensione e solidarietà, di avere il loro conforto e di apparire come genitori attenti, preparati, scrupolosi. Il danno psicologico che si determina sulle vittime (bambini) è devastante ed arriva fino a scompensi gravi nelle relazioni sociali, a depressioni estreme, a tentativi di suicidio che spesso riescono....per non parlare del danno fisico in senso stretto (fino alla morte...la cui incidenza, in uno studio tedesco pubblicato nel 1995 su *European Child Adolescent Psychiatry*, è stata valutata in circa il 9% dei casi) determinato appunto da lesioni indotte volontariamente.

Sembra assurdo che una madre possa perpetrare tutto questo, ma la realtà, come spesso si dice, supera la fantasia. Alcuni esempi (case reports) dalla letteratura medico/psichiatrica internazionale

possono essere illustrativi.

1995: simulazione di immunodeficienza con reiterati conseguenti interventi chirurgici di drenaggio dei seni paranasali in un quattordicenne perfettamente sano.

2010: iniezioni di insulina per provocare durevoli e macroscopiche ipoglicemie

2011: vomito cronico e malessere generale a partire dai 2 mesi e mezzo in un bambino al quale, all'età di 22 mesi, è stato scoperto un ago da cucire infilato nella fontanella bregmatica dalla madre

2011: ragazza di 16 anni la cui madre riferiva continui sanguinamenti dalla bocca, dal naso, dai capezzoli con conseguenti ripetuti ricoveri ed analisi (tutti negativi per qualsiasi tipo di causa). I sanguinamenti non sono mai stati osservati da nessuno al di fuori della madre che li descriveva nei suoi racconti chiedendo attenzione ai medici.

2012: bambino di 16 mesi con tremori continui, febbre, cianosi periferica...fino all'arresto cardiaco... indotti dalla madre, durante un ricovero, mediante aggiunta di mercurio nella fleboclisi

2012: malattia emocoagulativa cronica determinata in un bambino di 14 anni dalla madre che, per ottenerla, somministrava warfarin

2012: in un bambino in chemioterapia per leucemia linfoide cronica, volontario inquinamento dei campioni di sangue con Methotrexate per alterarne i valori ed ottenere reiterati prelievi e controlli dagli oncologi

L'infinita serie di "invenzioni" meriterebbe molto spazio ma vorrei lasciarne un po' per **cercare di capire come diagnosticare la sindrome e salvare questi bambini dalle proprie madri**. L'argomento è estremamente delicato.

In un recente report di una rivista psichiatrica Polacca, viene sottolineata la difficoltà di diagnosi della sindrome attraverso

l'esposizione delle conclusioni di quattro differenti periti in un caso di sospetta MBP: Il primo è stato il medico che ha avvertito la polizia e quindi era convinto di riconoscere i tratti della sindrome; il secondo è stato uno psicologo che ha attribuito il problema semplicemente ad un eccesso male interpretato di premure della madre; il terzo parere è stato che, in fondo, tutto quel che la madre ha fatto non ha creato poi gran danno al bambino; il quarto è stato che il bambino era effettivamente malato a giudicare dai dati rilevabili dalle cartelle cliniche.

Come è evidente occorre essere non solo attenti ma anche scaltri nel cercare di individuare un percorso diagnostico della MBP. Presso il Policlinico Gemelli, a Roma, è stato effettuato uno studio sull'incidenza della sindrome. Su 751 sospetti, l'1,8% ha dimostrato reali aspetti di simulazione (14 casi di Sindrome di Munchausen). Nello 0,53% (4 casi su 751) invece erano stati rispettati i criteri di inclusione della MBP con la madre, in tre casi su quattro, come attore dell'abuso. Ne emerge un quadro piuttosto preoccupante dato che l'evenienza non risulta poi così rara come si possa pensare. In questo studio si sottolinea la necessità di sospettare la sindrome ogni volta che si rilevino discrepanze nella presentazione di una malattia in un bambino. **L'attenzione va posta a che la diagnosi sia precoce ed il riconoscimento passi attraverso un'osservazione non soltanto del bambino portato a controllo o a ricovero ma anche e soprattutto delle persone che ne hanno cura** (in specie la madre).

La personalità di queste donne è stata analizzata in un interessante studio condotto in Inghilterra e pubblicato sul British Journal of Psychiatry. Ne è risultato che il 54% erano affette da un disturbo somatoforme (denunciavano problemi e patologie non evidenziabili mediante attenti controlli clinici) ed il 63% erano affette da "factitious disorder" (simulazione di sintomi o esagerazione degli stessi). Nel 32% dei casi i disturbi psichiatrici erano entrambi presenti nella stessa persona. In alcuni casi erano presenti storie di pregressi abusi durante l'infanzia e l'abitudine patologica alla menzogna.

Un quadro allarmante già soltanto se visto, asetticamente, dal punto di vista scientifico. Quello che invece manca è l'immedesimazione nei soggetti vittime di questa forma di abuso. La MBP è terribile se osservata con gli occhi di chi la subisce. **Esiste un cortocircuito di sentimenti che rende, da parte del bambino, difficile la comprensione di ciò che gli accade al punto da rendersi inconsapevolmente complice del carnefice ed essere acquiescente alle sue mosse.** Rendersi conto di aver subito questa forma di abuso è devastante sia dal punto di vista personale (anni ed anni di vita persi, momenti di felicità rubati, occasioni di realizzazione svanite) sia da quello affettivo (la scoperta che la propria madre sia una persona capace di far del male o di agire per il male): un infinito crepuscolo su un cumulo di rovine.

Ma... batteri e virus mutano in popolazioni altamente vaccinate?

Aprile 2014.

Che bella domanda. Me la sto ponendo da svariati anni ed ho scritto molti articoli (a partire dalla fine degli anni '90) in merito a questo tema; mi sono occupato in particolare del morbillo ma ho scoperto che problemi analoghi si stanno verificando, negli anni, anche per ciò che attiene a polio, emofilo dell'influenza ed ora, scopro, la pertosse. Ma è meglio fare una premessa corretta.

<http://stefanotasca.altervista.org/le-vaccinazioni-non-obbligatorie-.html> . Questo link **punta ad un mio articolo scritto nel 2001** e pubblicato qui sul web in cui già ventilavo fortemente la possibilità di mutazioni susseguenti a forte pressione ambientale (popolazione ad alto tasso di vaccinazione). Negli anni ho continuato a rifletterci e ho scritto un altro articolo.

<http://stefanotasca.altervista.org/vaccino-antimorbillo.html> . **Questo link porta ad un mio scritto nel 2005 sulla vaccinazione antimorbillosa** in cui, sulla base di evidenze presenti in letteratura e mediante deduzioni, ventilavo (anche qui “ventilavo”...per dire che quando si parla di certi argomenti occorre prudenza e possibilismo dati i risvolti dell'argomento) che in una popolazione ad alto tasso di immunizzazione potessero verificarsi insorgenze di forme mutate iperpatogene o comunque aberranti al punto di non essere riconosciute dal sistema immunitario dei vaccinati.

<http://www.medscape.com/viewarticle/821121> . Questo invece è un link a Medscape in cui si denuncia (Marzo 2014) la comparsa di una “polio-like” syndrome in una popolazione ad alto tasso di

vaccinazione nel quale tutti si chiedono: “Ma non può essere Polio: sono tutti vaccinati” ed **al quale ho risposto, sempre a Marzo 2014, col seguente personale commento, ricevendo una bella valanga di “like”**. Copio/incollo il commento medesimo così come l’ho scritto: chi non conosce l’Inglese magari può usare un traduttore automatico:

Stefano Tasca – Pediatrics General . March, 1 2014 . *Another little note from my personal experience and philosophy. **Viruses and bacteria are the first forms of life on earth and they have arrived to our days substantially unchanged since billions (not millions) of years ago. They overcame ice ages, volcano eruptions, variation in climate and other infinite disasters that, in numerous cases, determined the extinction of complex organisms. This simple fact should teach us about their extraordinary ability to adapt and evolve. Now we humans claim to eradicate them with a simple and naive strategy like vaccines? An highly immunised population is nothing more than an environmental pressure leading to mutation and adaptation. The apparent “polio free” situation is necessarily fated to cease sooner or later. So I think that the solution to the problem of infectious diseases is not only to vaccinate people but above all to reinforce the immune system with good lifestyle, balanced nutrition and hygiene. Our immune system is able to react efficiently if maintained healthy. We should use vaccines as a weapon in high risk individuals, in emergency situations but not in the whole population: the more is the people immunised the greater the environmental pressure for infectious agents to mutate. I agree that ensuring a good lifestyle to all the people in the world is more expensive than injecting antigens but I think it’s the only way to build a balance and establish a cohabitation between us and the infinite variety of viruses and infectious agents. A simple walk on the medline will show the re-emergence of diseases in highly vaccinated population. Being careful in health policies should be the password and making the 80% of the world population live in good general conditions the key word.”***

Il mio Inglese non perfettissimo è stato comunque apprezzato dal vasto uditorio di Medscape (che ha una platea internazionale). Sono moltissimi quelli che arrivano a queste conclusioni **ma nessuno da loro ascolto o credito**. La dimostrazione?

Oggi (17/4/2014), con mia somma sorpresa (ma mica tanto) compare una segnalazione su Doctor 33 che riporta ad un articolo australiano (il link è questo di seguito).

<http://www.doctor33.it/pertosse-una-mutazione-mette-a-rischio-lefficacia-del-vaccino/clinica/news-50781.html?xrtid=SAALSRLAVRXCRRCPXLCRR>

Riporto con un bel copia/incolla quel che dice l'articolo:

“**Negli ultimi anni sono notevolmente aumentati i casi di pertosse causata da una variante mutata del batterio Bordetella pertussis** spiega Peter McIntire, coordinatore della ricerca e direttore del National Centre for Immunisation Research and Surveillance of Vaccine Preventable Diseases australiano. Con i risultati di uno studio pubblicato sulla rivista Emerging Infectious Disease, McIntire e colleghi hanno dimostrato infatti che su 320 campioni di B. pertussis raccolti da pazienti infetti tra il 2008 e il 2012, circa l'80% apparteneva a un ceppo che non produce pertacina. «In base alle nostre analisi la diffusione di questi batteri mutati ha avuto un fortissimo incremento in pochi anni: nel 2008 era mutato solo il 5% dei casi, mentre nel 2012 la percentuale è arrivata addirittura al 78%».....questo fenomeno non è relegato all'Australia, ma è stato osservato anche in altri Paesi come Francia e Stati Uniti. «È un aumento del tutto inatteso» afferma Connie Lam«Il fatto che i batteri mutati non sono presenti solo in pazienti australiani, ma anche in altri Paesi, fa pensare che la mutazione sia una risposta del microrganismo al vaccino, per cercare di eludere le difese indotte nell'organismo dalla vaccinazione>> chiarisce. I batteri mutati potrebbero aver ottenuto un vantaggio selettivo rispetto a quelli non mutati proprio perché sono meno riconoscibili e quindi meno attaccabili dal sistema immunitario. «Resta da capire se questi nuovi batteri

sono più o meno pericolosi di quelli ai quali siamo abituati»
continua McIntire, sottolineando che comunque la vaccinazione resta la migliore e l'unica protezione contro i casi gravi della malattia, anche se, a causa della mutazione, l'effetto del vaccino potrebbe risultare limitato. «A maggior ragione è importante vaccinare i propri figli il prima possibile» conclude il ricercatore. “”

Mi fa un po' sorridere il commento di Connie Lam che "proprio non se lo aspettava"...ma il bello viene ora, dato che **si ammette la mutazione a seguito della ipervaccinazione ma come soluzione al problema delle recrudescenze di malattia si insiste sulla....NECESSITA' DI AUMENTARE IL TASSO DI VACCINATI !!!**

Ora: si riconosce che c'è una mutazione che ha determinato resistenza al vaccino, dovuta al gran numero di vaccinati, e **come soluzione si propone di aumentare i vaccinati CON QUELLO STESSO VACCINO? Ma non è un po' incongruo?**

Beh: non faccio altri commenti. Magari l'unico che mi viene in mente è che ringrazio il Cielo di avere un cervello funzionante ed una capacità critica efficiente: di questo fenomeno (mutazioni da ipervaccinazione) me ne ero accorto una quindicina di anni fa.....

Vaccino Esavalente: due su sei determinanti antigenici sono facoltativi (e non tutti lo sanno)

Giugno 2014. Tra i due e i tre mesi di età sottoponiamo i nostri bambini all'immunizzazione obbligatoria. Gli uffici preposti, oltre a consigliare (talvolta con calore e con mezzi di persuasione un pò troppo allarmistici....ma su questo prima o poi scriverò qualcosa) una serie di vaccini non obbligatori (Antipneumococcico, Antimeningococcico, Rotavirus, Varicella), **d'ufficio iniettano l'esavalente che contiene, certo, gli obbligatori ma anche due facoltativi** (Pertosse acellulare e Haemophilus Influenzae tipo B), cosa che il genitore medio spesso non sa (a meno che non sia mio assistito, dato che le spiegazioni che fornisco in materia di vaccinazioni sono diffuse e circostanziate), convinto che con questa iniezione si assolve al solo obbligo di legge.

Questo particolare, che sembra marginale (in fondo si tratta di una "banale iniezione") **contravviene a due principi fondamentali che la Costituzione regola: il primo è la libertà di scelta in materia di cura e prevenzione** (se io non voglio fare i facoltativi ho il diritto di essere soddisfatto) ed il secondo è il **diritto all'informativa** (non viene praticamente mai spiegato che nell'esavalente ci sono anche dei facoltativi che potrei, volendo, non fare). Oltre a ciò è stato calcolato che, **a livello di spesa sanitaria, il costo annuale per lo Stato di un'esavalente rispetto ad una tetravalente (solo obbligatori) è di oltre cento milioni di euro in più .**

La cosa grave è però che **il genitore attento, che volesse fare solo gli obbligatori, non troverebbe disponibile un prodotto alternativo ne sotto forma di tetravalente ne sotto forma di vaccini separati** (cosa che in teoria gli permetterebbe anche di immunizzare il proprio bambino con un vaccino alla volta in

diverse “sedute”). Spesso (per non dire sempre) gli viene detto che quello (l’esavalente) è l’unico vaccino disponibile perchè è (genericamente) quello “obbligatorio” (una mistificazione, dato che non è vero). Si configura quindi anche un’altra omissione che è quella di **non avere disponibile ciò che la scelta individuale può suggerire**. In mancanza di alternative (e di informazione) a questo punto si fa l’esavalente.

In teoria nulla di grave: i Vaccini acellulari e ricombinati non hanno grandi effetti collaterali (salvo quello di non essere abbastanza immunogeni). Il principio generale però è sbagliato da un punto di vista sociale e legislativo in uno stato di diritto ed in una democrazia quale dovrebbe essere quella Italiana. **C’è, ed è evidente, un paradosso: potrei rinunciare (quindi la mia libertà di scelta sarebbe salva) ma non posso (per i motivi sopra descritti) e quindi mi trovo in un vicolo cieco.**

Da un bel pò di anni mi occupo di tutto questo (vaccini facoltativi) ed ho scritto parecchio in materia (rimando al sito www.stefanotasca.altervista.org): ai miei assistiti do ampie spiegazioni rispettando in modo scrupoloso le norme in materia di consenso (in pratica **informo senza indirizzare o plagiare**) ma quel che constato è sempre la stessa conclusione: **“Dottore: io ci ho provato a dirgli che non volevo l’esavalente ma solo gli obbligatori ma mi hanno detto che non c’è alternativa e quindi...alla fine della discussione l’ho fatta fare“**. Non voglio fare il paladino dei disillusi però penso che chiunque, di fronte a questa evidenza, si indignerebbe non poco e non solo per i possibili risvolti sulla salute ma anche perchè si tratta di un imbroglio (non mi vengono altre definizioni). **In tutta Europa la facoltà di scelta è rispettata anche nei confronti degli obbligatori: figuriamoci in materia di facoltativi!**

Recentemente di tutto questo si è occupato anche il Codacons a Torino segnalando queste stesse notazioni alla Procura della Repubblica (e sottolineando anche lo spreco di pubblico denaro quantificato in 114 milioni all’anno in più). Dopo vaglio la procura stava per archiviare l’esposto ma **il GIP ha fermato la**

procedura di archiviazione chiedendo approfondimenti su due versanti: il primo è la ragione per cui tra i tanti facoltativi possibili la scelta è caduta proprio su emofilo e pertosse e la seconda è che (Testuale) “occorre accertare se davvero sia in atto la prassi dallo stesso ente denunciata e se essa, **nella misura in cui appare contrastare, in concreto, col diritto costituzionalmente garantito alla scelta delle cure, sia frutto di determinazioni da parte dell'autorità preposta impropriamente sensibili nei confronti di interessi privati**”. In pratica: dall'esavalente che ci guadagna vista la pleora di milioni in più esborsati ogni anno? (http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=22108&fr=n)

ATTENZIONE: non sto criticando la vaccinazione in se seppure un po' criticabile lo sia (per molte ragioni). Vorrei segnalare che a causa di queste carenze informative ed applicative il cittadino non è libero di compiere una scelta anche se nominalmente lo dovrebbe essere e credo che il Codacons (a parte la questione strettamente economica) non voglia delegittimare la vaccinazione come tale ma stia cercando una risposta ad alcuni quesiti: siamo o non siamo liberi di scegliere? Perché non ho alternative all'esavalente se non voglio fare emofilo e pertosse? Perché se emofilo e pertosse sono così esiziali non vengono inclusi nel novero dei vaccini obbligatori invece di essere aggiunti, come facoltativi, in un polivalente? Perché non sono obbligatorie anche pneumococcica e meningococcica dato che gli agenti infettivi sono quelli che, con maggiore frequenza rispetto all'emofilo, possono dare meningite? ed altro.....

Vaccino antimorbillo e panencefalite sclerosante subacuta: arriverà mai una corretta e completa informazione per operare una scelta ragionata?

17/2/2015 . Era l'ormai lontano 2005 quando scrissi un articolo sulla vaccinazione antimorbillosa dichiarandomi favorevole al presidio ma dubbioso circa la strategia di vaccinazione universale che, lungi dal proteggere, potrebbe essere causa di mutazioni del virus stesso e quindi divenire non solo inefficace ma potenzialmente pericolosa. A margine di quell'articolo scrissi un piccolo paragrafo sulla Panencefalite Sclerosante Subacuta (PESS), terribile complicanza dovuta a slatentizzazione a distanza di anni dalla malattia (o dalla vaccinazione?) di un virus morbilloso "lento" incorporato nel genoma cellulare e agente quale bomba ad orologeria in un organismo apparentemente sano. In questo paragrafo dicevo che alcuni studi (era il 2005, si badi) lasciavano intendere che tale esecrabile evoluzione potesse essere scatenata anche dai virus vaccinici (il link è il seguente: <http://www.stefanotasca.altervista.org/vaccino-antimorbillo.html>) . Riportavo alcune voci bibliografiche a conforto di questa ipotesi o meglio di questo sospetto. Aspre critiche mi sono pervenute in merito: la parola d'ordine era (ed è ancora) "efficacia del vaccino anche contro la PESS" (su google è ancora presente una infuocata replica a quel mio scritto nel quale mi si dipinge come un approssimativo ed ignorante propalatore di terrore e sfiducia). Nonostante questi attacchi, ed anzi proprio in virtù di essi, non ho smesso di ricercare conferme o smentite alle mie ipotesi. Segnalazioni di casi di PESS in bambini vaccinati hanno continuato ad essere riferite su riviste internazionali ad altissimo impact factor. Se è vero che la PESS non è scatenata dal vaccino (che ricordo è a base di virus vivi attenuati) perché si manifesta in soggetti vaccinati e senza storia di malattia morbillosa? Perché si continua ad insistere sull'entità percentuale della copertura

vaccinale come preventivo quando la complicità colpisce anche soggetti vaccinati in modo completo ed in popolazioni ad alto tasso di vaccinazione? Dubbi su dubbi, quando un genitore mi si rivolge confuso e da me si aspetta qualche risposta attendibile che, allo stato attuale, non sono in grado di dare. Mi trovo nella condizione di credere nell'efficacia della vaccinazione (come ho chiaramente scritto nel mio vecchio articolo del quale non rinnego neanche una singola parola) ma non nel modo in cui viene usata (universale ed indiscriminata a partire dal 12°-15° mese).

Un piccolo excursus bibliografico aggiornato penso sia utile a questo punto: non dirò più nulla e mi terrò i miei dubbi ma almeno avrò la coscienza di aver comunicato alcune informazioni sulle quali ciascuno potrà fare la sua tara: quanto riporterò parla da se.

Settembre 2009: su *Journal of Communicable Diseases* compare un interessante articolo a firma Sonia M, Lalit D et al. in cui si fa il punto sui casi di PESS a distanza di dieci anni dall'avvio del programma vaccinale antimorbilloso in India. 458 casi confermati sierologicamente (un numero enorme data la rarità della malattia): solo in 34 casi è stato possibile ricostruire una storia di malattia morbilloso. Da notare come in 6 casi i soggetti erano vaccinati. Nella conclusione è testualmente riportato "The incidence of SSPE continues to be high".

Anno 2011: su *Journal of the Medical Association of Thailand* si riporta, a firma di Kusiwilai K et al., un caso di PESS ad esito fatale in un bambino di 10 anni che aveva effettuato la vaccinazione completa.

Sempre nel 2011, su *Pediatric Neurology*, è stato pubblicato un case report a firma Har-Even R et al., che descrive una PESS insorta in un ragazzo di 16 anni israeliano, vaccinato in modo completo. In questo articolo si sottolinea la necessità di sospettare sempre la PESS, in presenza di sintomi neurologici evocativi di encefalite, anche in soggetti che hanno ricevuto immunizzazione.

Nel 2012, su Australasian Medical Journal, compare, a firma di Bhawna Malik et al., un ulteriore caso riguardante un bambino di 7 anni, completamente vaccinato e senza alcuna storia di malattia morbillosa (e questo è ancor peggio di tutti gli altri report visto che il virus può averlo acquisito in modo così...darei, "intimo"... solo dalla vaccinazione). Nell'introduzione si dice chiaramente che l'incidenza globale di PESS in era vaccinale appare diminuita ma che questa complicità compare in soggetti vaccinati e senza storia clinica di malattia morbillosa. Nel caso clinico descritto viene sospettato il fatto che il virus morbilloso sia stato acquisito prima della prima dose di vaccino (età inferiore all'anno) e che gli anticorpi materni ne abbiano mascherato la presenza così come viene ipotizzato che la PESS sia stata provocata da un ceppo virale non incluso nel vaccino (ma in questo caso sorge una domanda: questo ceppo potrebbe benissimo essere una mutazione e se fosse così non è da escludere che il movente per la mutazione possa essere stato proprio la vaccinazione a largo strato. In caso contrario vorrebbe dire che il vaccino ed i suoi ceppi siano pian piano divenuti inefficienti per l'immunizzazione e quindi che la vaccinazione sia quanto meno poco efficace...e si ritorna al punto di partenza).

Nel 2013, su Annals of Indian Academy of Neurology, viene fatto, da parte di Jagtap SA, Nair MD, Kambale HJ., il punto della situazione in una prospettiva statistico-epidemiologica. La riporto integralmente: 34 casi di cui il 76,5% erano maschi; 21 soggetti sotto i 15 anni. L'85,3% erano in sfavorevoli condizioni socio-economiche. 7 non vaccinati e 11 vaccinati. Il 59,9% aveva avuto una storia di pregresso morbillo. Il periodo medio di incubazione è stato di 9,6 anni dopo l'acquisizione del morbillo (ovviamente nei casi in cui era stato acquisito). A proposito di quell'85,3% di soggetti in povertà e scarsa protezione igienico/sanitaria, vorrei riportare quanto scrissi in quell'articolo del 2005 a proposito delle condizioni che ritenevo corrette per l'uso del vaccino: *".....In terzo luogo è utile che la vaccinazione sia fatta in quei luoghi (e solo in quelli) dove mancano (e non possono essere rapidamente posti in essere)*

presidi socio-economici ed igienico-sanitari adeguati. Ad esempio, nelle zone del mondo dove la malnutrizione imperversa, l'igiene scarseggia e le medicine (o comunque gli ausili medici) sono carenti o assenti, la copertura vaccinale può rivelarsi risolutiva, in attesa che la parte "ricca" del mondo provveda, con soluzioni politiche ed economiche, ad assicurare quelli che sono i veri cardini della prevenzione delle malattie e cioè un corpo sociale sano ed organizzato.....". Come notazione non mi sembra differente da quanto, 8 anni dopo quell'articolo, viene constatato da ulteriori studi in materia.

Termino qui (ma non smetterò di ricercare ancora e di farmi domande) chiedendomi se avevo proprio torto nel 2005, quando dissi che c'era il sospetto che la PESS non viene prevenuta efficacemente dal vaccino e che anzi potrebbe esserne, seppure in qualche caso soltanto, la conseguenza. Io ritengo che il mio sospetto non sia pellegrino o dettato da approssimazione: posso essere certamente meno addentro ai problemi specifici rispetto a virologi ed epidemiologi ma i dati che raccolgo non richiedono null'altro se non un piccolo sforzo di raccordo.

La mia conclusione, a distanza di 10 anni da quell'articolo che tanti dolori mi ha provocato, tende a rimanere esattamente la stessa: *"In definitiva chi non rischia complicanze, è in buone condizioni generali, ha uno stato nutrizionale adeguato, vive una vita sana, fa attività fisica regolare, abita in ambienti puliti e non sovraffollati, non è affetto da alcuna situazione che possa determinare immunodeficienza o altre condizioni predisponenti a seri risvolti in caso di contagio, può evitare di vaccinarsi. Per chi viceversa fa parte di categorie a rischio specifico o generico di complicazioni in caso di morbillo od altra affezione virale, vaccinarsi è un obbligo".* Nell'informativa ai genitori non mi sento di tacere quel che penso personalmente (seppure io mantenga un atteggiamento anodino e non spinga assolutamente ne sul versante "sì" ne sul "no"): sono loro a dover decidere ma, come ho sempre pensato, questo può avvenire soltanto se esiste comunicazione non solo dei benefici ma anche dei lati oscuri e non ancora totalmente illuminati da risposte chiare.

La comunicazione medico/paziente in materia di vaccinazioni: siamo certi che sia corretta? Due parole sulla ANTIMENINGITE TIPO B

18/2/2015

I cardini della comunicazione medico-paziente dovrebbero essere la chiarezza associata all'obiettività. La rassicurazione è l'elemento successivo ma non nel senso di minimizzare o considerare superficialmente eventuali problemi. Rassicurare significa dimostrare che si è compreso un problema e che ci si rende disponibili a fare tutto ciò che è necessario per risolverlo. In termini semplici occorre non far sentire soli i pazienti alle prese con i loro dubbi. Personalmente tengo presenti questi punti chiave nella quotidianità dato che, seppure negli ultimi anni i pazienti si documentino autonomamente rispetto a patologie e strategie di prevenzione attraverso la rete (e spesso mettano in crisi con le loro domande puntuali e corrette), i mezzi a disposizione del non medico per decrittare linguaggi a volte troppo specialistici sono ben pochi ed occorre un mediatore dell'informazione. In materia di vaccinazioni questo è assolutamente necessario dato che i genitori debbono decidere per la salute del figlio e quindi il coinvolgimento emotivo è molto maggiore rendendo difficile conservare obiettività. Anche nel passato ho scritto qualcosa sul tema, specialmente per ciò che attiene al sistema invalso di prendere direttamente appuntamenti per vaccini facoltativi (senza chiedere consenso e talora spacciandoli per obbligatori) o, nel caso in cui i genitori siano dubbiosi o contrari, cercare di convincerli attraverso l'evocazione di scenari apocalittici (suo figlio morirà o rimarrà invalido) o, peggio, mediante l'instillazione di sensi di colpa (voi siete sciagurati e non vi rendete conto del danno che state facendo a vostro figlio). Posso capire: le campagne vaccinali richiedono un calore nella proposta

particolarmente “bianco” e quindi chi è presente negli uffici vaccinali (non necessariamente medici) tende a seguire in maniera pedissequa l’ordine di vaccinare tutti e comunque. Posso anche capire che i colleghi di base siano inclini a caldeggiare a loro volta l’utilità delle vaccinazioni sulla spinta di indicazioni e linee guida. Quello che non capisco è perchè farlo con modalità sbagliate e con toni a volte francamente discutibili permettendosi (e questo accade sempre più spesso) di criminalizzare coloro i quali, come me, tendono ad impostare l’argomento su un piano logico, rispettando la volontà di chi hanno di fronte. I miei assistiti spesso tornano riferendomi di episodi vicini al vero e proprio litigio con gli addetti alle vaccinazioni. Con frasi minacciose e voci alterate addirittura arrivano a dire: “Chi è il suo pediatra? Possibile che non abbia insistito a farle fare il vaccino? Voglio sapere il nome!” quasi io fossi il responsabile di qualcosa di illecito e sia passibile di denuncia o esecrazione. Ultimamente sta accadendo qualcosa di quanto meno strano per ciò che riguarda la vaccinazione antimeningococcica tipo B. Capisco certamente che si tratta di un presidio in più ma chi segue la storia della profilassi antimeningite si è certamente reso conto di incongruità piuttosto vistose. In Italia (che, vorrei ricordare, ha il più basso tasso di meningite dell’intera Europa) per anni è stato spinto il vaccino antimening. tipo C che, epidemiologicamente, è quello meno in causa nei nostri climi (circa il 30% in media) essendo più frequente nei Paesi anglosassoni. La vaccinazione è stata propagandata con molto calore senza pensare che il tipo B era quello più comune qui da noi e che quindi, anche statisticamente, vaccinarsi per il tipo C non era certamente risolutivo in merito al rischio di acquisire la malattia. Questo non è un’invenzione ma è riportato da Epicentro che fa capo all’Istituto Superiore di Sanità (accessibile mediante pochi secondi di ricerca con Google). Da poco tempo è stato messo a punto il vaccino per il tipo B e, ho notato, per renderlo universale lo si spaccia come il “vaccino contro la meningite fulminante” quando in realtà la meningite fulminante non dipende dal tipo di agente ma dalla reattività dell’individuo che viene colpito e che

può essere più o meno pronto ad evitare questa temibile complicanza (che può verificarsi con qualsiasi ceppo di meningococco). I genitori, ovviamente, di fronte all'ipotesi di un dramma come la meningite fulminante, neanche discutono e raramente approfondiscono. Se lo facessero scoprirebbero (da un documento pubblico di Epicentro, sempre dell'ISS) che l'Italia ha un'incidenza media di circa lo 0,23 casi per 100.000/anno (con un picco di 3,7/100.000 al di sotto del primo anno di vita) e che quindi è al di fuori dei criteri per la vaccinazione di massa che indicano come necessaria la metodica qualora l'incidenza sia di almeno 10 casi per 100.000 in tre mesi consecutivi (un'incidenza del genere è tipica del Nord Africa). Mi chiedo se le direttive che vengono date a chi consiglia di vaccinare e a chi è presente negli ambulatori dove vengono praticate le somministrazioni prevedano per protocollo questo atteggiamento aggressivo. E mi chiedo anche se chi è attore di questa propaganda sia cosciente del fatto che sta consigliando vaccini facoltativi (e quindi per definizione "rinunciabili" secondo scelta personale) facendoli subliminarmente divenire obbligatori attraverso strategie di persuasione che poco hanno a che fare con lobiettività. Mi chiedo poi, una volta convinti i genitori, se si rendono conto del fatto che devono far loro firmare una liberatoria ammettendo quindi implicitamente che la scelta è stata personale (e quindi le responsabilità siano a carico dei medesimi genitori) seppure, nei fatti, pilotata. E mi chiedo anche perchè un cittadino della Repubblica Italiana di fronte alla facoltà di fare o non fare una cosa non obbligatoria debba essere inibito nella sua scelta e quindi deprivato di un diritto. Ed infine mi chiedo perchè lo Stato Italiano, se veramente considera esiziale il non vaccinarsi con i facoltativi, semplicemente non li renda obbligatori. In alcune regioni italiane le amministrazioni hanno reso facoltativi anche i vaccini prescritti per legge: allora? In ogni caso la percezione di un qualcosa di strano aleggia su questi vaccini: il costo ed il fatto che siano a carico del paziente. In tutti i Paesi Europei la facoltatività viene rispettata (seppure abbiano incidenze di patologia più alte dell'Italia). Nel Regno Unito la

somministrazione è subordinata al costo (dato che è immorale far pagare 130 euro a dose il meningo tipo B – o la metà se somministrato in Ufficio vaccinale – per 3 dosi da ingranare nel calendario vaccinale che comprende almeno altri 5 vaccini facoltativi che sono sempre a carico del paziente). Sono fondamentali come si dice? E allora si abbia il coraggio di renderli obbligatori ma totalmente a carico de SSN sia per ciò che attiene ai costi sia per quanto riguarda eventuali indennizzi per complicanze da vaccino. E si smetta di criminalizzare la gente che esercita il proprio diritto a scegliere.

Negli Stati Uniti molti pediatri ricusano e rifiutano l'assistenza a famiglie contrarie alle vaccinazioni pediatriche

27/5/2016 A firma Diana Swift è comparso, su Medscape pediatrics, un interessante (ed inquietante) articolo riguardante questo argomento (<http://www.medscape.com/viewarticle/853649>). La sintesi: *“Praticamente ogni medico incontra genitori che rifiutano le vaccinazioni pediatriche e circa il 20% dei pediatri li ricusano e rifiutano loro assistenza contrariamente a quanto stabilito nel 2005, e ribadito nel 2013, dalle linee guida della American Academy of Pediatrics. Questo è quanto emerge da uno studio pubblicato online su Pediatrics il 2/11/2015. Le dinamiche di tale rifiuto di cura sono complesse, variano da regione a regione e a seconda della specialità”*. Questo articolo ha avviato un lungo ed acceso dibattito nel quale, a fianco di alcuni commenti guidati dal ragionamento e dal possibilismo, sono comparse le vere ragioni di tale situazione di rifiuto di cure: la paura di essere chiamati in giudizio, in quanto curanti, nel caso in cui, accettando il rifiuto delle vaccinazioni, i bambini si fossero ammalati o avessero avuto complicanze. Non ho potuto fare a meno di intervenire perché l'argomento mi sta particolarmente a cuore e perché, soprattutto, le contraddizioni esistenti nella società americana forse debbono essere sottolineate proprio agli americani stessi i quali, probabilmente per abitudine o superficialità, non riescono ad individuarle. Tra i tanti commenti dei colleghi statunitensi due in particolare mi hanno colpito (e per questo li ho citati nei miei interventi nel dibattito) per il buonsenso: Dr. Robert Tibbs:

“Pratico da vent’anni in regime di libera professione e in luoghi rurali: Posso essere d’accordo sul fatto che la fiducia, nel rapporto medico/paziente, è terribilmente importante nella nostra professione ma non so se la cieca aderenza alle indicazioni sia un requisito. Tutti sappiamo che i benefici dei vaccini superano le eventuali complicanze ma ci sono persone, intelligenti e istruite, che semplicemente non accettano questo dato a dispetto di ogni possibile spiegazione o argomentazione: semplicemente non cambieranno idea. Quello che non capisco è che cosa ci si guadagna a ricusare pazienti la cui fiducia nel loro medico è totale in ogni altro aspetto dell’assistenza”. Dr. James Weber: “Qualcuno, per favore, mi dica da quando il counselling medico è diventato un “dogma indiscutibile”. Ho sempre pensato che il compito del medico sia di consigliare le persone circa i loro problemi di salute. Mi devo essere perso la parte in cui la gente deve essere obbligata a seguire le indicazioni” .Qui di seguito riporterò in sintesi (tradotti ovviamente) i miei interventi nel dibattito, che possono essere utili per chiarire la mia posizione e la mia filosofia a riguardo.*Seguendo il giuramento di Ippocrate un medico ha sempre il compito di curare qualsiasi sia la situazione in cui si trova ad operare, nonostante le sue personali convinzioni e chiunque sia la persona che richiede il suo aiuto. Un paziente che rifiuta una procedura medica dovrebbe dunque essere semplicemente sostenuto con mezzi alternativi, non abbandonato o trascurato. Nel campo dei vaccini questa regola penso debba essere mantenuta valida: se non ci sono mezzi per convincere all’attuazione della procedura si dovrebbe intervenire con altri presidi: nutrizione, igiene di vita, evitamento di comportamenti o ambienti a rischio, ecc. Questa forma di prevenzione è ugualmente, se non di più, efficace rispetto ad un vaccino. Si può essere o meno d’accordo con un paziente che ha opinioni differenti ma il compito del medico è sempre e comunque quello di prendersi cura ed aiutare. Forse per alcuni di noi ricusare un paziente disobbediente è semplicemente la via più facile per evitare citazioni in giudizio in caso di complicanze ma tutti noi sappiamo che, anche in caso di assenso, il consenso*

informato può essere revocato. Se ricuso un paziente che non vuole vaccinarsi forse che questi, dopo il mio abbandono, cambierà idea? Certamente no: continuerà la propria vita quotidiana tra la gente e, peggio, la sua salute complessiva potrà essere compromessa dalla mia decisione (visto che non avrà più controllo medico). Non sarebbe meglio, invece che ricusarlo, restare a sua disposizione ed aiutarlo in modi diversi per evitargli problemi ed eventuali estensioni degli stessi alle persone che hanno contatto con lui? A chi ha detto “Io sono il capitano della nave: chi è sulla nave deve obbedire” rispondo che il medico NON E' IL CAPITANO DI UNA NAVE PIENA DI PAZIENTI: il medico è semplicemente la nave guida di una flotta di tante piccole imbarcazioni che lo seguono ma sono libere di deviare dalla rotta se ritengono che questa sia troppo rigida. Certamente vogliono tutti raggiungere la stessa meta (la salute) ma ognuno è libero di modificare il percorso in certe situazioni. In ogni caso il medico, in quanto “capitano”, ha il compito di rendere sicura la navigazione di tutti. Una deviazione dalla rotta quindi non giustifica l'abbandono in alto mare. L'UNESCO ha detto molto in merito alle moderne regole del rapporto medico/paziente e all'autodeterminazione dei pazienti sottolineando il concetto di informazione e rispetto delle decisioni del paziente stesso (empowerment). Parlare e spiegare non sono mai perdite di tempo. Inoltre: siamo proprio certi che tutte le vaccinazioni proposte siano proprio così indispensabili quando lo stesso Center for Disease Control (Atlanta) è il primo a dire che per le facoltative le indicazioni riposano sulle condizioni specifiche del singolo individuo? Questo significa che non è certo necessario vaccinare tutti con tutti i vaccini possibili. Ricusare un paziente negli Stati Uniti è come innescare una bomba: non c'è un sistema sanitario universale e gratuito come qui in Italia. E' stato calcolato che il 26% degli americani NON HA ALCUNA ASSISTENZA MEDICA ed in questa categoria ci sono gli elementi che costituiscono la fonte principale di rischio per la popolazione (malattie infettive, carenza di igiene, malnutrizione, ecc.). In America c'è il terrore delle malattie infettive? Bene:

alcuni numeri. Il 35% della popolazione americana è obesa (contro il 13% della popolazione italiana...che sta però peggiorando visto che inizia a seguire i trend americani) e questo dato affligge poveri, non scolarizzati, e minoranze etniche. L'obesità è responsabile del 2-8% di tutti i costi sanitari e del 10-13% di tutte le morti. QUESTA E' UNA EPIDEMIA, non il morbillo o la rosolia nelle quali le percentuali di incidenza sono calcolate per 100.000 e non per 100! Il problema è che educare la gente alla prevenzione costa e non garantisce ritorni di denaro. Inoltre quella dell'obesità è un'industria che fa fiorire il business del junk food: chi ha interesse a farla diminuire? Il morbillo (è un esempio tra i tanti) invece è molto meno pericoloso in termini di salute pubblica ma la politica del terrore nei suoi confronti fa fiorire il mercato dei vaccini e lo trasforma in un cespite di guadagno.

La causa principale della crescita esponenziale della spesa sanitaria in tutti i Paesi è la medicina difensiva (operare solo per salvaguardarsi e non per il bene del paziente): voltare lo sguardo per non vedere questa realtà è sbagliato. Ognuno deve prendersi le sue responsabilità in ambito sociale e quelle del medico devono essere assunte nonostante l'eventuale ignoranza o resistenza dei suoi assistiti. E' una questione di umanità e civiltà.

Bene: qui termino di riferire ciò che ho detto nella platea internazionale di Medscape. Pubblico queste riflessioni sperando che possano servire come spunto per capire qualcosa in più sulla strana società nella quale viviamo.