

Il pediatra al telefono

Un commento negativo sull'articolo "Il pediatra al telefono" del numero di febbraio di quest'anno. Gli estensori dell'articolo si sono astenuti dall'emettere una loro valutazione sulle percentuali di risposte "giuste" date dai colleghi. Questo mi sembra deontologicamente corretto. Quanto invece non mi sembra corretto è che si possa prendere in considerazione la semplice ipotesi di dare risposte telefoniche su patologie acute (febbre, vomito, tosse) che, logicamente in relazione inversa all'età, possono indicare patologie a evoluzione grave e talora fatale.

Il consulto telefonico può essere, a mio avviso, accettato solo, forse, per gli arrossamenti cutanei (lontano dagli orifizi), per le difficoltà organolettiche del divezzamento, e per le marche dei pannolini e dei detergenti.

Ritengo questa mia un dovere di difesa del "buon nome" della categoria. Un mio giudizio è che le percentuali sono tutte un po' bassine, riferendosi a degli specialisti.

Qualche anno fa feci presente alla vostra Redazione il problema della difficoltà di inserimento in convenzione dei giovani pediatri, e per dire che forse i colleghi già convenzionati hanno troppi assistiti per poterli seguire bene (rapporto ottimale/massimale).

E se li visitassimo tutti i bambini con patologia acuta?

Pietro D'Amico
via e-mail

Ovviamente posso rispondere solo che si tratta di punti di vista diversi, o meglio di atteggiamenti assistenziali (se così si possono definire) diversi, e certamente come tali da non rigettare a priori: il rischio è quello che si trasformino in posizioni pregiudiziali. Peraltro la letteratura sull'argomento (la più importante è citata nell'articolo), pur non essendo ricchissima, secondo me è sufficiente a darci alcune indicazioni utili sull'uso del telefono, per lo meno in alcune situazioni cliniche; soprattutto tenendo conto che quasi sempre il pediatra conosce bene il contesto familiare del bambino che ha in cura.

I punti critici sono:

- 1. il saper fare una valutazione della gravità del sintomo presentato al telefono, fare cioè le domande "giuste", appropriate, per capire e poter prendere le decisioni adeguate;*
- 2. l'essere disponibili, in ogni caso, a ulteriori contatti ravvicinati e/o a una "visita", se ritenuta opportuna, tenendo conto di quanto riferito e della conoscenza del contesto familiare: i genitori soprattutto non si devono sentire ... scaricati;*

3. il non agire con la "paura" delle conseguenze legali delle nostre azioni (ma questo non vale solo per il telefono): questo ci porta inevitabilmente a non far bene, per lo meno non il bene del bambino.

Tutto questo lo dice uno che... odia il telefono, ma che ha imparato a usarlo moltissimo, ormai più che altro per la patologia cronica: molti pazienti, che vivono lontano da dove lavoro, li seguono con questo strumento di comunicazione, che oggi mi sembra insostituibile. Mi sembra, cioè, che questo abbia migliorato, non peggiorato, la mia professionalità. Tuttavia mi rendo conto che il rifiuto o l'accettazione di questo mezzo dipendono in buona parte dalla capacità, dall'attitudine a comunicare con l'altro, in qualunque modo questo avvenga. E, come tutte le attitudini, ne son certo, anche questa può essere acquisita, modificata, migliorata. Non è mai troppo tardi.

Leopoldo Peratoner
Pordenone

Vaccinazione antiparotite

Sono una specializzanda, abbonata di recente a *Medico e Bambino*, incoraggiata (ma non soltanto) dalla recente, e forse insufficientemente conosciuta tra i miei colleghi, offerta di abbonamento a prezzo stracciato, riservata alla nostra categoria: una categoria che è in pratica quella di "assistente in formazione", e che trascorre in questa specie di limbo (qualche volta molto produttivo, qualche volta iperattivo, e qualche volta del tutto sterilizzato, in funzione del grado di attenzione e rigore da parte del corpo docente) cinque anni della propria vita, i primi della vita di medico, forse i più fertili, comunque quelli in cui più si desidera partecipare.

Parteciperò (per ora, ma mi riservo di partecipare più e meglio in avvenire) con una domanda forse già fatta, e forse scontata: è vero che la vaccinazione antiparotitica, associata alla vaccinazione antimorbillo-antirosolia è, a differenza di queste, poco efficace? Ed è vero che questo è almeno in parte dovuto all'utilizzazione, in vaccini utilizzati in molte sedi, di un ceppo scarsamente immunogeno?

Valentina Leone
Cesena

*Si, è vero. È vero che di queste cose si è già parlato su *Medico e Bambino*; è vero forse che una soluzione perfettamente soddisfacente della vaccinazione antiparotitica non è stata trovata; è vero però certamente anche che il ceppo Rubini, abbastanza usato in Italia, è poco reattogeno (dà cioè scar-*

si effetti collaterali, il maggiore dei quali è la meningite linfocitaria) ma anche poco immunogeno. È vero anche, come potrà dedurre dalla bibliografia in calce, che questo problema non è solo italiano e che per altro verso, i pediatri italiani se ne occupano attivamente.

Penso che la risposta meglio qualificata sia la seguente, data recentemente a una domanda in qualche modo simile, da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

F.P.

«In relazione alla richiesta di ulteriori evidenze a sostegno di quanto già espresso sull'efficacia dei vaccini contenenti il ceppo Rubini per la componente parotitica, in aggiunta alla bibliografia già in Vs possesso, si può far riferimento alle note bibliografiche più recenti indicate. Tali pubblicazioni riportano una efficacia protettiva del ceppo Rubini molto bassa (6%-10%) rispetto a quella di altri ceppi contenuti nei vaccini attualmente in commercio (62%-73%).

È stata inoltre recentemente attivata dal laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica di questo Istituto una rete sperimentale di raccolta dati per le malattie dell'infanzia (SPES). I dati preliminari ottenuti confermano una elevata incidenza di parotite epidemica in bambini vaccinati con vaccini contenenti il ceppo Rubini e quindi confermano una scarsa protezione fornita da tale ceppo. Tali dati e valutazioni sono stati trasmessi al Ministero della Sanità per i provvedimenti del caso».

Chamot E, et al. Ev Epidemiol Santé Publique 1998;46:100.

Galazka AM, et al. Bulletin of the World Health Organization 1999;77:3.

Pons C, et al. Two outbreaks of mumps in children vaccinated with the Rubini strain in Spain indicate low vaccine efficacy. Eurosurveillance 2000;5:80.

Goh KT. Resurgence of mumps in Singapore caused by the Rubini mumps virus vaccine strain. Lancet 1999;354:1355.

The Benevento and Campobasso pediatricians network for the control of vaccine-preventable diseases. Field evaluation of the clinical effectiveness of vaccines against pertussis, measles, rubella and mumps. Vaccine 1998;16:818.

Marolla F, et al. Efficacia verso la parotite di tre diversi vaccini a tripla componente: studio sul campo. Rivista Italiana di Pediatria 1998;24.

Todescato A, et al. Valutazione dell'efficacia contro la parotite in due diversi vaccini trivalenti. Esperienza sull'utilizzo del metodo di screening. L'Igiene Moderna 2000;113:413.

Gruppo di corrispondenza SPES. Avviata la rete di sorveglianza SPES: i dati del primo semestre 2000. Vaccinazione 2000;68:1.