

Lettera al Presidente della SIP

Caro Professor Saggese,

Lei ha avuto la grande cortesia di venire, appena eletto, quindi senza alcun interesse elettorale, a salutare di persona la Assemblea della ACP. Un onore che nessun altro Presidente della SIP ha mai preso in considerazione.

In quell'occasione ho fatto uno dei tanti (e sempre eguali) errori della mia vita: ho chiesto la parola. Ho dichiarato che parlavo a nome strettamente personale, ma facendolo, ho surrettiziamente usurpato un ruolo che non era mio.

Chiedo scusa a Lei e all'Assemblea.

Le ho risposto di getto, le parole uscivano dalla mia bocca prima che il mio pensiero le potesse, non dico, formulare ma nemmeno raggiungere (e fermare), in una maniera che forse Le sarà sembrata scortese, ma che non voleva esserlo.

Le ho detto in quell'occasione (ma gliel'avevo detto anche prima, rispondendo a una Sua gentile telefonata, così come l'avevo scritto all'altro candidato, il Professor Castello) che la SIP, per non morire, o per non essere già morta, o per poter risorgere come Lazzaro, aveva (ha) bisogno di nascere una seconda volta.

Ho detto anche, all'incirca, che la SIP aveva da tempo un odore di putrefazione, come ce l'aveva Lazzaro. L'ho detto in termini un po' meno pii, e anche di quello mi dispiaccio. Ma la mia empietà era il frutto avvelenato di una lunga e disperata speranza. La speranza che la SIP diventi, semplicemente, la Società di tutti i pediatri italiani. Non per un *embrassons nous*, di cui non c'è mai stato bisogno (perché già ora tutti o quasi tutti, o molti, siamo soci attivi della SIP), ma perché diventi possibile che in quella appartenenza ci possa essere un minimo di orgoglio. Perché la Società Italiana di Pediatria diventi una società normale, che si riconosca nella produzione scientifica (che in Italia è assolu-

tamente buona), in una attività regionale impegnata e coinvolgente (che è invece molto diversa tra Regione e Regione), in un'etica concorsuale condivisa, in un Congresso, un po' più austero e partecipabile, dove ci si raccontino le cose che contano. Difficile. Per farlo, bisognerebbe sposare la fatica e l'umiltà e mi auguro che Lei possa farlo.

Lei ha risposto alle mie intemperanze con molto garbo e con molta abilità, dicendo che se la SIP continuerà a puzzare di cadavere, sarà anche colpa di tutti i pediatri che, non vi partecipano attivamente. Ha ragione.

Questa lettera non rappresenta nessuno, meno che meno il Direttore di *Medico e Bambino*, ma solo Franco Panizon che l'ha imbucata in questo spazio franco, dove ciascuno ha il diritto di dire la sua.

Franco Panizon

Calendario e scelte vaccinali

Sono fresco dall'ultimo Congresso di Antibiotico-terapia in Età Pediatrica di Milano e dalla lettura dell'ultimo numero di *Medico e Bambino*.

Allora: nei primi quindici mesi di vita, tre dosi di esavalente; tre di anti-pneumococcica e altre tre di anti-meningococcica C; una di triplovirus; magari un paio di anti-influenzale. Fanno dodici, trascurando per ora l'anti-varicellosa.

Personalmente, in quel poco di esercizio professionale che mi rimane, mi regolo così:

□ Esavalente e triplovirus: OK.

□ Anti-pneumo e anti-meningococcica: ci sono ampie disponibilità terapeutiche ed è prevalente il meningococco B; per il primo anno spero nella Provvidenza e nel buon livello igienico-sanitario della popolazione; dopo questa età consiglio un'unica dose dei rispettivi vaccini coniugati,

ipotizzando dopo 2-3 anni un richiamo con quelli polisaccaridici.

□ Anti-influenzale: ottima per gli anziani e comunque per particolari soggetti a rischio, compresi i pochi in età pediatrica; vaccinare i bambini per proteggere i grandi è un po' utopico, dato che questi ultimi più spesso si contagiano nei luoghi di lavoro, nei bar, al cinema o a teatro, allo stadio...

□ Anti-varicella: nell'infanzia la malattia, nel 99,9% dei casi, non dà problemi (in cinquant'anni mi sono imbattuto in qualche innocua nevrassite, e in un solo caso mortale, complicatosi con una CID, allora poco nota); c'è una comoda terapia; mi sembra più logico rivolgere l'attenzione agli adulti che ancora non hanno contratto l'infezione, in particolare alle ragazze e alle donne in età fertile: è mia recente e dolorosa esperienza il caso di una giovane madre al primo mese di gestazione consigliata all'aborto per un presunto rischio dell'80% (?) di malformazioni fetali.

Può andare bene, o è tutto sbagliato?

Liborio Serafini, Busto Arsizio (VA)

No, non è sbagliato, ma non è nemmeno da dire che vada bene al cento per cento. Vediamo punto per punto.

Per l'esavalente tre dosi vanno bene: oggi la terza dose dal 12° mese è stata spostata a dopo il compimento del primo anno (vedi l'approvazione recentissima - 13 novembre 2003 - del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, pagina 26, da parte della Conferenza Stato-Regioni). Va bene anche il vaccino MPR, da fare anch'esso, come prima dose, dopo il compimento del primo anno. Per inciso ricordo che nel Piano di cui sopra, la seconda dose di MPR, a 5-6 anni, viene considerata come un elemento essenziale per la vaccinazione contro il morbillo, la parotite e la rosolia: con questa seconda dose l'efficacia della vaccinazione raggiunge

RINGRAZIAMENTO AI REFEREE

Forse qualcuno se n'è accorto, forse qualcuno non se n'è accorto, e tutte e due le evenienze possono essere lette in maniera ottimistica, ma *Medico e Bambino* sta continuando la sua lunga marcia (da quando è nata?) per migliorarsi. Una tappa di questa marcia è quella di sottoporre tutti gli articoli che pervengono in Redazione al giudizio e ai suggerimenti di miglioramento da parte di un gruppo di *referee*. Per le caratteristiche della Rivista, questo lavoro riguarda non solo gli aspetti di contenuto, ma anche la leggibilità e l'interesse dei contributi, cosicché possiamo dire con certezza che la qualità della rivista, nel bene e nel male, è fatta anche da loro.

Medico e Bambino ringrazia dunque caldamente i colleghi che hanno svolto con accuratezza e con grande dedizione il lavoro un po' oscuro di revisione e critica degli articoli arrivati in Redazione a cominciare dalla seconda metà di quest'anno:

Egidio Barbi, Dante Baronciani, Giorgio Bartolozzi, Alessandra Benettoni, Cesare Braggion, Roberto Buzzetti, Vincenzo Calia, Adriano Cattaneo, Rosario Cavallo, Nicola D'Andrea, Riccardo Davanzo, Sergio De Marini, Luciano de Seta, Paolo Fiammengo, Massimo Fontana, Fabrizio Fusco, Luigi Greco, Giuseppe Maggiore, Maria Luisa Mammano, Vitalia Murgia, Pierpaolo Mastroiacovo, Franco Nardocci, Luigi Notarangelo, Gloria Pelizzo, Calogero Vullo

Grazie

il 99% dei soggetti vaccinati e non il 95% come dopo la seconda dose.

Ovviamente più difficile dare un giudizio sul vaccino eptavalente coniugato contro lo pneumococco o sul vaccino coniugato contro il meningococco gruppo C. Vediamo per primo il vaccino coniugato contro lo pneumococco: da usare nelle categorie a rischio per soggetti che non abbiano superato i 5 anni (vedi Circolare ministeriale del novembre 2001), alle quali va aggiunto l'impianto cocleare per i non udenti (altra recente Circolare ministeriale). Da considerare fra le categorie a rischio anche i bambini che vanno all'asilo nido (circa un decimo della coorte dei nuovi nati, per anno); per i bambini che vanno alla scuola materna è necessario attendere i risultati delle ricerche epidemiologiche approfondite, che sono in corso in molte parti d'Italia. Lo stesso per passare a una vaccinazione universale. Al momento attuale le dosi sono 4, di cui 3 nei primi mesi e la quarta dopo il compimento dell'anno: la discussione per scendere a 3 dosi è ancora aperta, ma va ricordato che sulla recente scheda tecnica del Prevenar (approvata il 16 settembre 2003) è ancora scritto 4 dosi. Decidere ab ovo che va aspettato il compimento dell'anno per fare una sola dose non mi sembra né eticamente né culturalmente corretto: qualcosa del genere venne fatto negli anni scorsi per la vaccinazione contro l'Hib, in seguito abbandonata per i rischi che una simile schedula comporta; basti ricordare che il 66% delle meningiti da pneumococco che si verificano fra 0 e 4 anni si manifestano nel primo anno, per cui si rischia di chiudere la stalla quando i buoi sono già scappati. Inoltre nella scheda tecnica sono previste due dosi fra il compimento del primo e quello del secondo anno, e non una soltanto, come dopo i due anni. Quindi, se non si vuole accogliere per ora una diffusione della vaccinazione a tutta la popolazione infantile, bisogna regolarsi non tanto sull'età quanto sulla presenza di rischi, legati al singolo soggetto o all'ambiente in cui vive.

È corretto, come Lei dice, eseguire una dose di vaccino 23-valente a polisaccaridi "nudi" a distanza di qualche anno dalla vaccinazione con Prevenar, se ne sia stata fatta una sola dose e se si tratti di un soggetto che presenti qualche caratteristica di rischio. Se vogliamo con il vaccino indurre un'attivazione delle cellule della memoria, per cui la sua efficacia si prolunghi nel tempo, dovremo in un prossimo futuro considerare la possibilità di vaccinare con Prevenar anche nelle età successive ai 5 anni, anziani compresi: se si tien conto che un soggetto che abbia superato i 65 anni ha in media un'aspettativa di vita di 15 anni, non si capisce perché dovremmo difenderlo con un vaccino che già dopo qualche anno

ha perso la sua efficacia, per cui si richiede una seconda dose, la cui efficacia diviene evanescente poco dopo e non abbiamo la possibilità di farne altre. Ne riparleremo fra un lustro.

E passiamo alla vaccinazione contro il meningococco. Non è più vero che i casi di meningite da meningococco (viene notificata solo questa fra le tante malattie invasive della Neisseria meningitidis) sono essenzialmente dovuti al gruppo B; i dati forniti dal SIMI (www.simi.iss.it), aggiornati al 17 novembre 2003, ci dicono che dai primi mesi del 2002 i casi dovuti al gruppo C sono oltre il 40% del totale (nel 2003 fino a oggi ci sono stati 55 casi di B e 46 casi di C). È vero inoltre che di tutti i casi che si verificano al di sotto dei 5 anni, il 60% si manifesta nel primo anno, ma fra questi, a differenza di quanto avviene nelle età successive, predomina effettivamente il gruppo B con solo il 15% di gruppo C. Quindi, al momento attuale, esclusi i casi appartenenti alle categorie a rischio (ricordando il gruppo dei soggetti con alterazioni di uno dei componenti del complemento), e i bambini che frequentano l'asilo nido, nei quali è indicata la vaccinazione con due dosi nel primo semestre, seguite da una terza immediatamente dopo il compimento dell'anno, è possibile quando si voglia vaccinare un bambino attendere il compimento dell'anno per eseguire una sola dose. Nell'adolescente il gruppo C è il predominante. La novità (settembre 2003) è che uno dei 4 vaccini coniugati contro il meningococco gruppo C può essere usato con sole due dosi, una a distanza di due mesi dall'altra, ed è molto probabile che questo sia vero pure per gli altri 3, anche se per ora non ci sono state variazioni nella loro scheda tecnica.

E per la varicella? Che cosa fare? In attesa che il mondo scientifico internazionale decida se sia necessario passare per tutte le età a due dosi o se convenga mantenere le regole attuali (una dose prima dei 13 anni e due dosi dopo questa età), conviene stare alla finestra e limitarsi, come è stato proposto tempo fa, a eseguire la vaccinazione con due dosi ai soggetti in età di 13-14 anni che abbiano una storia negativa per la varicella.

Trovo molto giusto il suo sdegno per un aborto procurato in una signora che aveva avuto la varicella in gravidanza; il rischio di una varicella per l'embrione o per il feto è bassissimo. Nell'ultima edizione del Remington (la 5° del 2001) viene riportata una embrio-fetopatia nel 2% dei casi, una percentuale troppo bassa per consigliare un aborto preventivo. Forse la varicella è stata scambiata per una rosolia!

Giorgio Bartolozzi, Firenze

Il pediatra come ammortizzatore sociale

È vero quello che scrive il collega Rosario Cavallo che a volte le differenze di opinione dei medici creano disorientamento. Nei pazienti, ma è altrettanto vero che nel passato (io ho iniziato a lavorare in pediatria dal 1978), tali differenze erano molto più accentuate di adesso soprattutto su patologie importanti; eppure, nonostante ciò, il disagio è cresciuto.

Come già sottolineato anche in questa rivista, oggi i neo-genitori alla minima difficoltà hanno una reazione di paura e smarrimento, che si sostanzia con uno stato ansioso con conseguenti richieste di prestazioni mediche non differibili, che mettono a dura prova la pazienza dei pediatri curanti.

Fino a 5 anni fa un bambino nel primo anno di vita veniva da me visitato in media dieci volte, oggi siamo passati a venti, con punte fino a 50 visite.

Ormai uno dei nostri compiti fondamentali nel nostro lavoro è il contenimento delle ansie parentali (nonni compresi): siamo diventati in sostanza degli ammortizzatori sociali.

È un compito gravoso e difficile che ha comportato e tuttora comporta, almeno per me, un cambio di rotta nello svolgimento della mia professione, perché non basta la buona volontà, ma è necessario una preparazione culturale adeguata per essere all'altezza del compito.

Per finire, penso che tale impegno ci deve essere riconosciuto anche a livello di trattative sindacali per il rinnovo della nostra convenzione di pediatri di libera scelta.

Maurizio Olivieri, Castel Goffredo (MN)

Sono quasi d'accordo con tutto quello che dice, meno che su due cose.

La prima è questa delle ansie parentali (nonni compresi). Io, nonno ferito nell'onore, penso che al tempo in cui ero "parens" anch'io, le ansie parentali, in un mondo in cui moriva ancora un bambino ogni 15 che ne nascevano (senza contare quelli che si prendevano la polio), queste ansie parentali non c'erano. E allora mi viene anche difficile pensare che, se oggi tutte queste ansie ci sono, questo è un po' anche colpa dei medici che, magari senza accorgersene, ci hanno marciato e ci marciano. Perché, se non ci fossero le ansie parentali, prodotte dall'eccesso delle misure di sicurezza disponibili, eccesso che a sua volta comporta un eccessivo sentimento del dovere parentale di mettere i figli in piena sicurezza, i medici avrebbero ben poco lavoro, molto meno di quello che avevamo noi, ora nonni, allora solo pediatri, quando la fascia d'età che

avevamo in cura era la più affollata e quella con più alta mortalità (e quando il da fare, proprio, non mancava, e lo stipendio, davvero, era molto sottile). La seconda cosa su cui non sono d'accordo e che ancora mi ferisce nell'onore, è questa faccenda delle trattative sindacali che dovrebbero riconoscere il ruolo di ammortizzatori sociali, se ben capisco con un premio per ogni ammortizzazione giunta a buon fine. Ma se proprio Lei ha appena detto che il compito fondamentale (o residuo?) del pediatra è quello di ammortizzatore sociale? E per questo siete pagati, no?

F.P.

Il pediatra inquieto (ma perché non si prende una camomilla?)

L'articolo di Angelo Spataro ha descritto benissimo una situazione umana e professionale in cui mi riconosco in pieno.

Mi permetto di esprimere alcune considerazioni personali.

1. Pur essendo sempre più importante, indispensabile ed efficace il lavoro "in rete", per molte problematiche sollevate dall'Autore, credo che la nostra professione, a maggior ragione quando il ruolo è quello di PdF (F come "famiglia" ma anche come "fiducia"), non possa esimersi da un rapporto personale diretto con il bambino e la sua famiglia. Questo non è sempre possibile in maniera soddisfacente, anche se ritengo sia la *conditio sine qua non* per operare con efficacia e con un minimo di gratificazione professionale e umana. Credo che la pediatria di gruppo o il personale di studio non possano assolutamente vicariare questo aspetto. Semmai devono essere strumenti utilizzati per ridurre i tempi burocratici o di routine, per meglio operare nel costruire un rapporto di fiducia.

2. A corollario del primo punto, sono convintissimo che un buon rapporto interpersonale non possa essere mera questione tecnica (seppure è fondamentale migliorare la nostra capacità di comunicazione empatica, di fare counselling ecc.): non può essere disgiunto da una dedizione, una passione per chi abbiamo davanti. Come si può parlare di presa in carico senza, in qualche modo, voler bene al nostro paziente e ai suoi. Se non c'è questo, credo

ci sia realmente un rischio di schizofrenia intrinseco al nostro agire.

3. Credo sia necessario d'altra parte essere realistici. Come possiamo pensare di affrontare la multicausalità di molti problemi clinici, di molti malesseri che registriamo, quando le vere guide del costume sono evidentemente altrove? Valgano per tutti l'esempio dei disordini alimentari e dei comportamenti devianti: cosa possiamo noi nei confronti dei media, del mercato, della moda ecc. Si rischia la sindrome del don Chisciotte contro i mulini a vento! Al punto che anche ciò che ha delle solide basi scientifiche può cadere come un castello di carta sotto i colpi di un lancio di telegiornali (vedi i recenti episodi legati alle vaccinazioni).

4. Il rischio che dietro il concetto di cura globale ci sia quello utopico di modello "astratto" di salute, con conseguente ipertrofia della domanda di prestazioni incongrue (altra notevole causa di inquietudine del pediatra...) indotta dalla definizione, a mio avviso alquanto ideologica, della salute definita dall'OMS, come «benessere fisico psichico e sociale» (per cui, ad esempio, anche il disoccupato è "malato": è quindi un problema del medico?!).

Il realismo dovrebbe far riconoscere con serenità che l'uomo è limitato, dunque si ammala e muore, per cui il nostro operare deve essere sì professionale, ma non può esimersi dall'essere una compagnia solidale nell'affronto di questa consapevolezza. L'alternativa è rincorrere all'infinito le inquietudini del nostro tempo (nel settore che ci riguarda, ma spesso anche oltre), con l'ansia di rispondervi a ogni costo, aumentando i fallimenti e il senso di frustrazione che ne consegue.

Credo che la "sana" inquietudine su cui dovremmo puntare è la compagnia cui accennavo sopra, che dovrebbe diventare educazione al realismo, all'affronto quindi più sereno della nostra situazione di uomini (professionisti, assistiti e loro familiari). Tutto ciò non è disgiunto da una scrupolosa preparazione professionale: anzi, credo ne gioverebbe il gusto di studiare, di fare ricerca, di produrre cultura medica, di migliorare la professionalità.

Roberto Boscolo, PdF, Scorzè (VE)

PS. Mi permetto di suggerire due voci bibliografiche che mi sono state di grande aiuto nel

l'approfondire queste tematiche: G. Cesana. *Il "ministero" della salute - note introduttive alla medicina*. Studio Editoriale Fiorentino; A. Scola. *Se vuoi puoi guarirmi - la salute tra speranza e utopia*. Cantagalli ed., 2001.

Secondo me, la lettera del dottor Boscolo risponde molto meglio (più umanamente) della mia a quella del dottor Olivieri (col quale mi scuso del mio tono polemico-scherzoso, così come mi scuso col dottor Boscolo per il titolo scherzoso e senza polemiche che mi è scappato dalla penna).

Ma anche al dottor Boscolo, di cui condivido tutto ciò che dice, vorrei dare una risposta che può sembrare critica, per il punto 3, ma che è invece di sostegno, per il punto 4.

Bisogna essere realistici, come dice al punto 3? No, bisogna essere idealisti, come dice al punto 4.

O meglio essere realisticamente idealisti.

Chi se ne importa se una intervista imprudente (vero sì, dottor Olivieri? chi è che l'ha fatta quell'intervista?) ha precipitato le famiglie nella polvere dell'insicurezza (e ha sollevato sull'altare la vendita dei vaccini contro l'influenza)?

E chi se ne importa se alcuni modelli societari, come quello dell'ombelico fuori per le tardone di cinquanta e per le bambine di cinque, sono più forti di ciascuno di noi?

Come sarebbe questa società, se i promotori del vaccino e dell'ombelico non trovarono una pacifica controparte nel sorridente buon senso dei benpensanti? Se alcuni, a cominciare dai parentes, e dai disprezzati nonni, e continuando coi medici, e con gli insegnanti, e con gli scrittori, e magari con gli scienziati (e siano pure solo alcuni parentes, e alcuni medici, e alcuni nonni, e alcuni insegnanti e alcuni scrittori e alcuni scienziati), e finendo con ogni altra brava persona del mondo, non facessero il loro mestiere di "buoni maestri", e non opponessero pacificamente e affettuosamente (giusto, giusto: niente donchiscioti, niente mulini a vento, niente martiri, niente eroi, niente oltranzisti, niente crociate) il loro pacifico pensiero e i loro pacifici sentimenti, senza richiedere poi che questi pensieri e sentimenti vengano conteggiati nel salario di fine mese? Buon Natale, amici miei, Buon Natale!

F.P.

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Brescia, 16-17 aprile 2004

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Il Comitato editoriale di *Medico e Bambino*
e L.D. Notarangelo, Brescia

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

QUICKLINE sas
via S. Caterina da Siena n. 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 Fax 040 7606590
e-mail: info@quickline.it

