

VACCINARE - LETTERE SMARRITE

Mi trovo ad aver tra le mani una breve serie di lettere (non tutte brevi), che si sono smarrite, nel senso che sono rimaste per mesi in fondo ai cassetti della nostra artigianale e un po' disordinata redazione, e che tuttavia non mi sembrano affatto appannate dal tempo.

Mi scuso coi gentili corrispondenti per il ritardo con il quale le pubblichiamo. D'altronde, anche senza contare l'incidente dello smarrimento, accade che lo spazio per "lettere" sia sempre troppo affollato, e che qualche ritardo diventi inevitabile. Ogni tanto Vi prego di scrivere lettere un po' più brevi, minacciando tagli; ma poi, alla fine, dispiace farlo e ci si limita a sforbiciate marginali per recuperare un po' di spazio.

Tutte, più o meno da vicino, riguardano le vaccinazioni. Un argomento infinito, che offre spunti di considerazioni e di controconsiderazioni, a mio avviso, non oziose, che, mi sembra proprio, contribuiscono da una parte alla conoscenza medica e dall'altra a una comprensione sempre più matura dei problemi dell'etica della prevenzione, dell'etica della spesa e dell'etica del rischio.

Esperienza di gestione di un outbreak di morbillo

Durante i mesi di marzo e aprile 1996 ho dovuto far fronte a una epidemia di morbillo che in 10 anni di attività non ho mai avuto modo di riscontrare tra i miei assistiti. Su una popolazione pediatrica di 857 bambini, dislocata in tre comuni della provincia di Pescara, l'epidemia ha interessato prevalentemente il centro minore, dove su 133 bambini ne ha colpiti 48. Il caso indice è stato un bambino di 10 anni che ha manifestato la malattia a scuola. L'epidemia ha avuto modo di svilupparsi in tale sede perché:

□ i soggetti che hanno contratto la malattia, prevalentemente in età scolare, avevano all'epoca del mio insediamento un'età superiore ai due anni, e non ho avuto modo di vaccinarli;

□ nel 1989, risentiti degli effetti negativi di un decesso (per sindrome di Reye) che la cronaca locale e nazionale misero in risalto come effetto secondario da vaccino combinato antipertossico (la solita azione opportunistica dei mass media); non mi soffermo sulle conseguenze medico-legali, ma tutto ciò mi ha comunque impedito di poter attuare una seria politica vaccinale;

□ l'attività di disinformazione attiva, nonché capillare, di un medico generico che, operante in tale sede alcuni anni prima, ha generato nella comunità sfiducia nelle vaccinazioni. Prima dell'epidemia, in questa località, la copertura vaccinale contro il morbillo era del 49%. Durante l'outbreak ho contattato i genitori (per telefono, mediante passaparola, con avviso in ambulatorio) affinché portassero i loro bambini per essere vaccinati; sono riuscito così a vaccinare 15 bambini entro le 72 ore. La vaccinazione è stata proposta a tutti i bambini di età superiore a 15 mesi che non erano stati vaccinati in precedenza; i più piccoli sono stati esclusi perché tutti nati da madri che hanno contratto la malattia. Con queste misure di intervento sono riuscito a raggiungere una copertura vaccinale del 60%, che però non è stata sufficiente ad interrompere completamente la trasmissione del virus. I casi di morbillo sono stati denunciati all'autorità sanitaria locale, ma a ciò non ha fatto seguito alcuna misura d'intervento. Dopo questa esperienza, analizzando il tutto, ho riscontrato che:

□ l'informazione attiva viene effettuata esclusivamente dai pediatri fino a quando le autorità sanitarie locali non mettono in pratica i programmi previsti per le vaccinazioni facoltative;

□ i genitori sono più predisposti a vaccinare i loro figli quando la vaccinazione viene effettuata dallo stesso medico che la consiglia.

Il raggiungimento di una copertura vaccinale ottimale senza l'offerta attiva del vaccino, prevista dai programmi regionali, è attualmente impossibile. Nonostante l'informazione attiva svolta dai pediatri porti a una migliore compliance nella fascia di età prescolare (considerando anche la maggiore recettività dei genitori più giovani), rimangono comunque scoperti i bambini dalla scuola elementare in poi. Prova ne è stata il decesso di encefalite post-morbillosa di un bambino di otto anni, avvenuto nel capoluogo di provincia, e il considerevole aumento dei casi morbillo in età adulta. Infine, considerando che è stato possibile limitare rapidamente il diffondersi di una epidemia di morbillo in una piccola area rurale, l'offerta gratuita del vaccino antimorbillo in un contesto più ampio potrebbe concretizzarsi in vantaggi facilmente prevedibili.

Domenico Cappellucci
Cepagatti (PE)

Ancora morbillo

Da anni vado sostenendo, provocatoriamente, la scomparsa del morbillo, per merito soprattutto della vaccinazione, tanto caldeggiata dai collaboratori della sua rivista (ad esempio negli articoli del Prof. Bartolozzi).

Gli ultimi casi, infatti, di morbillo classico "classico/canonico/paradigmatico" da me osservati sono stati:

□ nel 1985, una decina di casi, dimostratisi poi rosolia (*Medico e Bambino*, anno V, n.10/85, pag. 735). Si allegano foto e articolo su stampa locale;

□ nel 1992, un solo caso di morbillo classico, poi rivelatosi orfano (si allegano accertamenti);

□ nel 1994, un altro caso, non accettato in ospedale in quanto morbillo classico, poi rivelatosi mononucleosi.



Opero, come pediatra di base, in provincia di Bari ASL BA1, a strettissimo contatto con la BA3, e non ho avuto modo di osservare casi di morbillo, a parte qualche esantema "ibrido"; non vorrei quindi che i colleghi estensori dell'editoriale "Le pari opportunità" (*Medico e Bambino* del settembre 1996) avessero fatto diagnosi solo clinico-epidemiologica di morbillo, senza il supporto del laboratorio, perché, se così fosse, sarebbe come affermare che: «Tutti i possessori di auto targate MI, sono milanesi». Conclusione: nel 2000 non è esatto parlare ai futuri medici di morbillo, rosolia, scarlattina, ma piuttosto di esantemi morbilliformi, roseoliformi, scarlattiniformi da virus, batteri, parassiti, farmaci, immunologici. E ancora, siamo di fronte a vecchi germi e nuove malattie o piuttosto a nuovi germi e vecchie malat-

tie? E ancora, moltissimi sono gli esempi di "malattie fotocopie" dal punto di vista clinico, epidemiologico e di laboratorio: angina da streptococco, angina da adenovirus/pertosse da bordetella, pertosse da adenovirus (S.S.P.)/megalocritema da parvovirus-megalocritema da rosolia ecc.

Mario Lagrasta, Corato (BA)

Vaccino anti-Hib

L'introduzione del vaccino facoltativo anti-*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) (lo stesso discorso si potrebbe fare per il vaccino anti-epatite A e, nel prossimo futuro, non so per quanti altri vaccini) mi ha creato non pochi problemi di carattere scientifico e morale. La vaccinazione, nell'infanzia, rappresenta un aspetto fondamentale della Medicina Preventiva, anzi, si identifica con essa. Medicina Preventiva significa soprattutto valutare la frequenza di una malattia in una popolazione, e un vaccino, per collocarsi bene nell'ambito della Medicina Preventiva, deve avere, secondo me, delle caratteristiche peculiari:

1. essere efficace e innocuo;
2. essere non costoso;
3. non creare dubbi di qualsiasi genere nel medico vaccinatore e nella popolazione.

Il vaccino anti-Hib ha senza dubbio alcune di queste peculiarità (è efficace e innocuo) ma si colloca male nel contesto sanitario, socio-culturale ed economico del nostro Paese, specialmente in città come quella di Palermo dove io lavoro come pediatra di base. Non conosco l'esatta incidenza della patologia invasiva da Hib nel mio territorio; assisto bambini le cui famiglie hanno difficoltà economiche anche per l'acquisto di medicine indispensabili (ticket sulle ricette, preparati di ferro, creme al cortisone e antimicotiche, detergenti particolari) e per i ticket su esami di laboratorio e visite specialistiche. Nelle riunioni scientifiche si raccomanda almeno di informare sull'esistenza del vaccino anti-Hib (anche per problemi di ordine medico-legale) e lasciare decidere loro se vaccinare i propri figli. Ma che devo dire? Che non sappiamo quanti casi ci sono da noi di meningite da Hib e che in Francia ci sono 15 casi su 100.000 bambini sotto i 5 anni per anno? Ma i genitori hanno bisogno di dati concreti, di toccare con mano la realtà (per loro, per esempio, va bene il vaccino anti-morbillo perché sanno che cos'è il morbillo nel senso che lo vedono... e nonostante ciò

ci sono sempre difficoltà a vaccinare per il timore di complicazioni varie). Allora potrebbero dirmi: «Dottore, se lei ritiene che sia un vaccino utile, lo compro». (Questa è una frase che ricorre sempre quando si parla di vaccini facoltativi). A questo punto incomincio ad avere seri problemi. L'Hib costituisce un rischio per la comunità in cui opero? Non lo so. Devo vaccinare solo bambini appartenenti a famiglie colte e con possibilità economiche? No, di certo: sarebbe una discriminazione sociale che la mia coscienza di uomo e di medico mi vieta di fare.

In conclusione, penso che il vaccino anti-Hib potrà avere un posto accanto ad altri vaccini facoltativi quando le condizioni sanitarie, socio-culturali ed economiche in cui operano la maggioranza dei pediatri italiani saranno migliori (se lo saranno). Oggi questo vaccino è da considerare un vaccino di élite e, in quanto tale, si discosta molto dal concetto di vaccino inteso quale misura preventiva per la popolazione in generale, come l'antipolio o l'antimorbillo, che indubbiamente occupano oggi un posto di primaria importanza nella Medicina Preventiva e che bene esprimono il nobile concetto di Vaccino (con la V maiuscola).

Angelo Spataro, Palermo

Si. Lo Hib costituisce un rischio (basso) anche per la comunità in cui Lei opera. Non è probabile, malgrado alcune sicure differenze, che l'incidenza della meningite e della epiglottidite differiscano moltissimo da regione a regione; in ogni modo i dati sinora raccolti non orientano in quella direzione. Dunque, può calcolare tranquillamente un tasso tra 10 e 15 nuovi casi per 100.000 bambini sotto i 5 anni per anno, che, se non sbaglio di molto i calcoli, sono per la Sicilia dai 50 ai 70 casi/anno, con un rischio di morte molto vicino a zero e un rischio di sordità vicino al 5%. Il calcolo costi/benefici lo può fare in quattro e quattr'otto.

Facile da fare; difficile da proporre. Non tanto (almeno in teoria) a una Regione (che dovrebbe fare i conti tenendo conto anche del fattore economico) quanto alla famiglia (che non può più riuscire a introdurre l'idea del risparmio nei pensieri sulla salute del suo proprio neonato: vedi gli incredibili sviluppi del caso Di Bella). Mi tocca lasciarla alle sue incertezze.

P.S. Da quando ha scritto la Sua lettera ad oggi è passato un tempo che mi vergogno di riferire. Ma vede che al Suo quesito non c'è ancora una "vera" risposta? La risposta, tuttavia, finisce per essere data, nei fatti, da un sempre più inva-

sivo e diffuso bisogno di sicurezza per il singolo e da una pressione culturale e forse anche emotiva sempre più conforme. E non voglio dire che sia sbagliata. Una risposta un po' diversa dalla mia la troverà nella lettera seguente.

F.P.

Vaccinazioni obbligatorie e parto in casa

Anche se il ritornare per l'ennesima volta sul tema delle vaccinazioni potrebbe sembrarLe quantomeno noioso, soprattutto dopo quella Sua risposta apparsa sul numero di ottobre '96 di *Medico e Bambino* che, concludendo per l'obbligatorietà dell'atto vaccinale, sembrava voler sotterrare, con amarezza, il problema per sempre. La prego, invece, di non voler chiudere definitivamente quella pietra, ma di mantenere fra noi pediatri la possibilità di confrontarci con Lei su queste pagine, anche su tematiche apparentemente trite e ritrite. In più c'è una novità. La proposta di ottanta parlamentari sul parto a domicilio. Cosa c'entra con le vaccinazioni? Una correlazione importante. Cercherò di farmi comprendere. Purtroppo, da un po' di tempo vengo definito, da chi mi frequenta, un buonista, neologismo politico con sfumature non certo positive. Io, in effetti, ascolto chi dice che il crollo della mortalità infantile nel mondo occidentale è determinato in primo luogo dalle migliori condizioni igienico-nutrizionali, e riconosco che costoro sostengono il vero; intendo e ammetto la validità delle ragioni di chi afferma l'identità immunologica di ogni essere umano, concetto richiedente, di volta in volta, la selezione di ogni intervento di profilassi e terapia; leggo, quasi sorridendo, la rabbia paternalistica del collega Alberti (non se ne abbia a male; ho molto apprezzato quell'intervento), sempre sullo stesso numero di *Medico e Bambino*, e il Suo, Professore, invito al democratico diritto del paziente ad essere informato, e così, d'acchito, di primo impatto, mi pare che entrambi abbiate ragione. Non sono nemmeno riuscito ad inquietarmi quando, l'anno scorso, uscito dal Congresso Nazionale della S.I.P. di Bologna, venni affrontato da un gruppo di "pasdaran-anti-vaccinazioni" che, sventolandomi sotto il naso le loro pubblicazioni mi urlarono addosso: «Legga l'altra faccia della medaglia della relazione di Principi»; «Encefaliti post-vaccinali, questo è il regalo di Sabin». In passato, sia in pubblico che in privato, ho più volte provato a discutere contro queste, chiamiamole, cor-

renti di pensiero che, sempre in numero maggiore, dominano incontrastate la scena sui mass media. Ma inutilmente. Sarà il mio Super-io gigantesco ad impormi molto spesso il silenzio e la riflessione, ma dopo quest'ultimo dialogo epistolare su *Medico e Bambino*, non senza qualche incertezza, ho deciso di infrangere un muro, il mio muro. Non l'ho mai fatto in pubblico e assai raramente in privato, perché ritengo che la validità delle mie convinzioni non sia da collegarsi a vicende personali. Ma forse, per questa volta, sono io ad avere bisogno di un "micro scoop", perché, purtroppo, parrebbero essere queste le regole imperanti nel mondo dei grandi mezzi di informazione. Vede, la faccia o meglio un microscopico pezzettino della faccia della medaglia della relazione del professor Principi sono io. Nel 1957, a quindici mesi, ho contratto la poliomielite. Una delle ultime epidemie italiane. Ne è risultata una paralisi flaccida a un arto, la zoppia, e tanti altri problemi personali a questa conseguenti. Non voglio suscitare pietismo, voglio sfruttare per una volta e qui, sulle pagine di *Medico e Bambino*, la mia debolezza. Cari colleghi, l'etica medica richiede molto di più che una disputa sul consenso informato. Dico questo per spiegare il mio atteggiamento di medico, che a molti risulterà eccessivo e probabilmente frutto del mio vissuto interiore (c'è chi può agire diversamente?). Difficilmente sarà compreso per il suo valore intrinseco assoluto piuttosto che per gli aspetti che inevitabilmente lo compongono, ma se questo "mio piangere un po" può indurre qualcuno a riflettere, sono contento di essermi "venduto". Ritengo che discussioni sul consenso-dissenso informato siano ben poca cosa rispetto ad altri principi che dovrebbero animare la mente di un pediatra. *Tout pour le peuple, rien par le peuple* era il motto del dispotismo illuminato. Si riafferma, dolorosamente di fronte alla mia mente di democratico, in tutta la sua attualità. C'è un programma di eradicazione di determinate malattie emanato dall'OMS? Si attui. Certo è giusto spiegare a una madre che cosa si intende fare nell'interesse del suo bambino, ma il pensiero del medico non può fermarsi solo a questo. Capisco che non si possa arringare un genitore con frasi tipo: «Guardi, che suo figlio sia vaccinato o no per il morbillo mi interessa relativamente; molto più importante è che, col vaccinarlo, si costruisca una rete grazie alla quale, probabilmente, si salveranno da morte certa molti bambini dello Zaire». Quanti genitori potrebbero accettare un discorso del genere? Pochi, pochissimi (per for-

tuna?). Pertanto le motivazioni dovranno evidentemente essere soprattutto legate alle necessità di quel singolo individuo la cui salute, come medico, ti è stata affidata. Diversamente ogni piano vaccinale salterebbe. Ma è evidente che tutto ciò non è bastato, non basta e non basterà e, poiché in Italia ormai si ragiona solo in termini medico-legali, dichiaro con fermezza: viva l'obbligatorietà delle vaccinazioni. Si sconfisse il vaiolo con un piano di prevenzione di massa; si possono eradicare le altre malattie indicate dall'OMS, con l'animo cosciente e sereno (anche se per molti tale serenità sarà il frutto di un atto legislativo, di manlevazione) di fare una cosa giusta per il singolo e per la comunità mondiale. E se il progetto della FAO sul dimezzamento della fame nel mondo vorrà davvero incidere ancora di più sulla qualità della vita umana, ben vengano reali volontà e forze orientate in tal senso. Certe mode pseudo-democratiche mi disgustano, ma nel difendersi solo democraticamente si rischia di sconfinare nel populismo. Paternalismo e democrazia siano i mezzi, gli attrezzi professionali. L'idea, la forza di un pensiero etico. E anche se nello scrivere una frase così forte sento stridere tutti gli angoli della coscienza, sento come maturare in me la comprensione della valenza "antiecologica" della medicina. Tutti noi Medici siamo, in un certo qual senso, antiecológicos, volenti o nolenti. Lo siamo quando proponiamo un intervento di profilassi come l'atto vaccinale, lo siamo in terapia quando con tempestività agiamo nell'urgenza clinica, ad esempio in sala parto. Diciamo no. No alla morte di quel bambino. No a quel progetto che la natura aveva riservato per quel bimbo. Un atto di "ribellione" biologica e quindi "anti" o se preferite "non" ecologico. E dunque come definire l'idea del parto a domicilio? Una follia populista di chi crede di udire ancora il richiamo della foresta. Invece di umanizzare la sala parto, si rischia solo di ospedalizzare un'abitazione privata. Roba da far rabbrivire tutti coloro che credono nella medicina territoriale. E con quali costi, poi? Si raddoppieranno le équipes ostetriche? (A proposito, noi pediatri, noi neonatologi non siamo mai presi in considerazione da tutta questa infinita serie di enti o individui prepotenti. Come mai?). Dicono: «Selezioneremo i parti». Ma costoro ci sono mai stati in una sala parto? Hanno mai osservato con quale sorprendente rapidità un parto "fisiologico" ribalta il suo percorso? A venti minuti da un ospedale? Se uno nasce in apnea secondaria, per morire o distruggersi il cervello, di quei venti minuti ne bastano

meno di un decimo (per fare un uomo ci vogliono vent'anni, per il dolore può bastare un minuto, raccontava una canzone di tanti anni fa). Dicono ancora: «L'evento parto è un fatto fisiologico, non una malattia». Vero. In senso lato anche la morte lo è. Anche le malattie. È possibile suddividere così tassonomicamente patologia da fisiologia? È stato fatto solo per formarci, è solo un'operazione didattica. Ma l'evento naturale e biologico non permette di scorgere linee di demarcazione così nette. Cosa vogliamo fare? Tornare? Anche chi inventò come accendere un fuoco fu antiecológico. L'accendere un fuoco da parte di un uomo non è un evento naturale. Anzi quel gesto innaturale e culturale fu il primo di tutta una serie di disequilibri sui quali tutta la nostra società si è sviluppata. Taluni disequilibri sono stati devastanti: l'atomica su tutti. E a volte mi rendo conto di come sia difficile a priori stabilire ciò che sarà male e ciò che sarà bene, specie oggi, dove forse non è più lecito, come in passato, apprendere per errore. Molte volte il medico si sente solissimo di fronte alle sue scelte, anche aggrappandosi ai consigli dei comitati di bioetica. Tutti, ad esempio, sono contro l'accanimento terapeutico, ma nessuno di fronte a quel singolo evento biologico riesce a disegnarne con esattezza i limiti da non varcarsi. Tuttavia vaccinazioni e rianimazione neonatale non rappresentano, ad esempio, la nuova terribile frontiera della bioingegneria genetica, e tale solitudine è difficile da avvertirsi. E a chi ci sbandiera per il parto a domicilio l'esempio Olanda, ricordo le parole di Tino Faussone, il montatore di *La Chiave a Stella* di Primo Levi: «Il Mondo fu creato da Dio, l'Olanda dagli Olandesi». È solo una battutaccia. E certamente quelle loro dighe furono antiecológicamente costruite prima di noi. In realtà i loro valori di natimortalità non sembrano poi così sconcertanti.

Riccardo Lera, Novi Ligure

Nessun problema è mai chiuso per sempre, nemmeno quello delle vaccinazioni, e nemmeno quello del parto in casa. È vero che l'atto del medico (come peraltro, dice giustamente il dottor Lera, ogni atto umano) è un atto anti-ecológico. O sembra tale, perché gli uomini fanno in realtà parte dell'ecosistema in cui vivono e naturalmente, interagendo con quello, lo modificano, così come i batteri e le alghe azzurre hanno cambiato l'atmosfera e le piante han trasformato le rocce in humus. È vero anche che lo dobbiamo ben tenere a mente che ogni nostro atto cambia il mondo; e interiorizzarlo; e

pensarci ogni volta che prendiamo o lasciamo prendere delle decisioni che interessano la collettività. Dobbiamo sapere che tutto quello che fa l'uomo tira in una direzione: verso il rallentamento, ma più spesso verso l'accelerazione dell'artificialità della vita: scomparsa del rischio, scomparsa delle specie, scomparsa dei ghiacciai, scomparsa dell'ozono, scomparsa della natura. Questo vale per l'automobile, come per la scuola, come per il Welfare, come per i vaccini. E per nessuno di questi argomenti tutto è bianco o tutto è nero.

Quanto al parto in casa, la maggior parte delle considerazioni che fa il dottor Lera sono condivisibili. E tuttavia bisogna aggiungere che il parto in casa è nato, in Olanda, per ridurre la spesa sanitaria (e quanto meno non l'ha aumentata), che non ha peggiorato i macro-indicatori di salute, e infine che il parto in casa, oggi, è molto più sicuro del parto in Ospedale di solo pochi decenni fa.

Mi è nato, or sono poche settimane, il sesto nipotino; e drammaticamente, a testina già impegnata, un giro di cordone ha costretto al cesareo d'urgenza. Certo,

non avrei voluto (non lo avrei voluto in nessun caso) che il parto fosse stato fatto in casa. Ma anche per la decisione, la preparazione e l'effettuazione del cesareo ci sono minuti e minuti che debbono trascorrere.

Voglio dire da una parte che la sicurezza non è di questa terra, e dall'altra che anche le svolte drammatiche hanno un loro tempo di tolleranza, che "nella grande maggioranza dei casi" può lasciare spazio sufficiente a un intervento salva-vita già predisposto.

Racconto le mie cose come Lei racconta le sue. Nella sua mente nascono dei pensieri frutto del suo "vissuto interiore" (che vuol dire, così Lei esplicita, della malattia che l'ha colpita). Dunque la malattia ha prodotto un pensiero; la non-malattia, forse, ne avrebbe prodotto uno diverso. Lei, dunque, è diverso rispetto a quello che sarebbe stato se non ne fosse stato colpito. È così certo di voler essere diverso da quello che è? È così certo che la malattia sia stata solo un male?

Capisco che sto bestemmiando; e capisco (anzi so da sempre) che l'imperativo assoluto del medico è, come Lei dice,

quello di essere "contro" il male per ogni singolo corpo, contro ogni male evitabile, anche ciecamente, anche miopemente.

Quando però la guerra contro il male è preventiva, devo anche calcolare cosa è più importante (per esempio se la fame nel mondo o l'infezione da Hib in Europa, o la dipendenza dalla droga dell'adolescente, o la dispersione scolastica dell'emarginato); e, pur condannato dal mio mestiere a difendere la vita (un bene indifendibile, perché naturalmente perituro), o almeno (che è più facile e più pediatrico) le promesse di una vita in esordio, non mi sarà mai consentito di dimenticare l'esistenza di valori diversi; e dunque di guardare anche con gli occhiali, per vedere più lontano.

Con tutte queste parole non intendo affatto darLe torto. Nelle cose che Lei dice è contenuta molta verità, e sono indicati molti vincoli a cui la nostra coscienza professionale non ci permette di sottrarci. Ma c'è anche dell'altra verità; e ci sono altri vincoli.

F.P.

Terbinafina e cura breve della tigna

Ho letto con molto interesse la segnalazione apparsa sulla "Pagina gialla" del numero di novembre '97, che l'applicazione topica di terbinafina risulta essere molto più efficace che i tradizionali chetoconazolici nelle micosi cutanee (*Tinea cruris* e *Tinea corporis*). Vorrei sottolineare, però, cosa che non è stata fatta nella recensione, che la grande novità del lavoro non sta tanto nella singola dose/die al posto delle due usuali, ma nella breve durata del trattamento: una sola settimana.

Tutti sappiamo che con gli altri antifungini la terapia deve essere mantenuta per 3-4 settimane, pena la ricaduta delle lesioni (ci hanno sempre spiegato che è importante mantenere la terapia fino a che tutte le cellule, anche dello strato germinativo, siano salite in superficie e siano state eliminate nello stadio di keratociti).

Gli Autori del lavoro in questione sottolineano che questa maggiore rapidità di azione discende dall'essere la terbinafina un farmaco ad attività fungicida e non soltanto fungistatica come i chetoconazolici. Poiché credo che la difficoltà della compliance non sia soltanto un problema delle classi più povere brasiliane, vorrei conoscere il vostro parere, o dei vostri consulenti, sulla possibilità di esportare questa terapia "breve" anche dalle nostre parti (il farmaco è in fascia C ma ne basta un solo tubicino). La lettura attenta del lavoro in esteso mostra che un terzo dei casi circa non era poi completamente guarito. Forse converrebbe far fare due settimane invece che una? (e sarebbe comunque un grosso vantaggio).

Furio Poli, Trieste

Il dottor Poli dà lui stesso le giuste risposte, e pone le giuste domande. Da "non tecnico" aggiungo solo un commento all'ultima. È vero, e assolutamente sottoscrivibile, che il trattamento tradizionale della tigna deve durare un mese; ma anche se dura meno, molte scabbie guariscono lo stesso; e qualche volta, grazie a Dio, guarirebbero anche da sole. È probabile che un trattamento di 10 giorni anziché di una settimana con la terbinafina (basta fare una nuova sperimentazione controllata) aumenterebbe il numero delle guarigioni; ma è altrettanto ragionevole attrezzarsi mentalmente a curare la ricadute.

F.P.

Un'altra dimensione della riabilitazione precoce

Leggendo con grande interesse l'articolo del prof. Ferrari (*Medico e Bambino* n.9, 1997), mi sono sorte alcune riflessioni che mi permetto di sottoporLe. Non sono un teorico, ma lavorando quotidianamente "a tappeto" con neonati, lattanti e piccoli bambini nei primissimi anni d'età e con i loro genitori, posso offrire un contributo pratico con alcune considerazioni che mi sembrano importanti. Di fronte alla patologia, ai suoi esiti e alle sue diagnosi, molte sono le modalità di approccio a seconda delle teorie, delle scuole, dell'esperienza. Occupandosi poi di bambini molto piccoli, non si può prescindere dalla coppia genitoriale che sempre più precocemente si rivolge alla struttura sanitaria per essere aiutata ad aiutare il proprio figlio.

Ma più tempo passo a tappeto o nelle case con genitori di piccolissimi portatori di patologia neuromotoria, più mi accorgo che è necessario un intervento riabilitativo tanto maggiore, tanto meno si coinvolge la famiglia, e soprattutto la mamma, nella cura del proprio bambino. E tanto più percepisco il bisogno di queste giovani coppie di essere coinvolte nell'informazione della patologia del proprio figlio, soprattutto se questa è anche evidente. Non si può non mettere i genitori in condizione di decidere sull'iter terapeutico e prognostico del proprio figlio e sui possibili interventi. Di magico non esiste niente, e quindi nemmeno la fisioterapia intesa nel senso tradizionale. Occorre sfruttare l'enorme bisogno di maternità e paternità, facendo in modo che questo potenziale si modifichi e si adatti al bambino in questione, lentamente ma progressivamente, durante le primissime fasi dello sviluppo relazionale, ambientale, motorio; è quindi di fondamentale importanza, per affinare queste potenzialità, altrimenti sfuggenti, un intervento precocissimo.

Se è vero che da una lesione cerebrale non si può guarire, è comunque altresì conosciuto il danno da limitato intervento, da ridotta informazione ai genitori non solo sulla diagnosi, ma soprattutto sui danni secondari che si instaurano in mancanza di una determinata funzione. La prescrizione della "terapia fisioterapica" bisettimanale non può avere la presunzione di risolvere gravi problemi neuromotori, e risulta molto presto agli occhi di coppie genitoriali motivate e sensibili una risposta ambigua, deludente, che non soddisfa il bisogno che intravedono per il proprio bambino. E per quanto le mani di un riabilitatore siano efficaci, non possono sostituire educa-

zioni, funzioni, movimenti ridotti o mancanti.

L'addestramento materno/familiare precocissimo significa mettere in condizione la madre, il padre, i nonni, di osservare la manifestazione anomala nel suo probabile divenire, di contenere al meglio gli eventuali disturbi di funzione, o atteggiamenti riduttivi, di promuovere funzioni possibili o posizioni che facilitino l'esecuzione di accenni di movimento o di relazione, riducendo i tempi di strutturazione del danno secondario che sappiamo essere grave tanto quanto il danno primario, e che limita nel tempo anche altre funzioni possibili, ma non immediatamente disponibili.

L'impegno necessario per addestrare un nucleo familiare è tanto più leggero quanto prima si inizia, ovvero all'insorgere della conoscenza della presenza di un'anomalia o alla nascita, favorendo una buona relazione materna corporea con il proprio bambino, che spesso risulta difficoltosa, in presenza di patologia. Anche il momento dell'allattamento diventa fondamentale per una buona relazione per cui, ancor prima di iniziare qualsiasi manovra di addestramento materno, occorre proporre, osservare, valutare, suggerire l'allattamento al seno (o al biberon) anche per capire ed eventualmente modificare la qualità della relazione tra mamma e bambino. Il nutrire è il primo motore di relazione tra mamma e bambino: qualsiasi intervento educativo-riabilitativo deve partire da un buon nutrimento. Il tempo impiegato per addestrare una mamma e una coppia non è mai tempo sprecato, perché permette loro di capire i propri bisogni, le proprie ansie, le proprie aspettative per quel figlio, e di aggiustarle rispetto alla realtà che riescono a percepire.

La diagnosi non sempre è pronta alla dimissione dalla maternità o in seguito ai primi controlli; molto spesso si attende che le manifestazioni patologiche siano più evidenti così da essere più sicuri sul nome da dare alla disabilità. I genitori devono essere opportunamente coinvolti in prima persona sui probabili sviluppi del danno supposto; anche se nessuno può dire con certezza come sarà esattamente il futuro di quel particolare bambino, questo consente di limitare di molto l'ansia del genitore, rendendolo concretamente operativo, mettendolo in grado di offrire un aiuto concreto, fattivo, per il contenimento della patologia. Così, quanto prima è a conoscenza del reale problema del proprio bambino tanto più la coppia si prende carico del futuro del piccolo, occupandosi personalmente di tutti quegli aspetti che riguardano la cura naturale del bambino; una

comprensione attiva, cosciente, costante, in tempo reale, non toglie la speranza e nello stesso tempo non lascia spazio all'ambiguità, all'imbroglio, ai residui lasciati dal tempo.

Non è solo nella quantità della fisioterapia somministrata che i genitori misurano la loro speranza di guarigione, che non sarebbe reale, ma nella comprensione quotidiana delle possibilità e dei limiti delle capacità del proprio bambino, e soprattutto nella ricerca continua di non porre mai fine al potenziale umano, nonostante una diagnosi terribile, inenunciabile, distruttiva. E nel messaggio iniziale di comunicazione della diagnosi, spesso si struttura una prima iniziale disabilitata, quella familiare, che si sente relegata nel girone degli sfortunati, dei disperati, nell'ineluttabile tragedia del destino che si è accanito su di loro senza via di uscita.

Difficile è uscire dalla disperazione provocata da una comunicazione che, se da un lato ha del vero, non può essere assoluta per tutti ma deve lasciare spazio alla diversificazione delle potenzialità umane, anche rispetto a una stessa diagnosi, la cui prognosi è un evento sconosciuto per ciascun individuo; e la stessa diversificazione deve essere operata anche nell'addestramento della coppia, per rispettare potenzialità e modi di essere di quel particolare nucleo familiare.

La riabilitazione non deve essere solo una promessa, perché è troppo riduttiva, ma non deve essere nemmeno tradizionalmente assistenziale, perché perde di efficacia; al processo riabilitativo si deve assegnare un valore assoluto per segnare la strada da percorrere, le cui stazioni hanno posti diversi, ogni volta modificati rispetto al personaggio in viaggio e ai suoi accompagnatori.

L'indipendenza familiare rispetto al programma educativo-riabilitativo del proprio bambino può significare per quella famiglia una strategia educativa che il bambino percepisce come modello comportamentale per ogni suo passaggio verso un'autonomia funzionale alla qualità della sua vita. Forse a quel punto, per quei genitori, non è nemmeno più questione di capire se hanno accettato o meno la diagnosi, perché hanno compreso le reali possibilità del loro figliolo e hanno imparato che le potenzialità del singolo vanno stimulate continuamente, senza tregua, perché, per fortuna, non si esauriscono mai, nemmeno per un sano... Non rimandare mai a domani quello che puoi vedere, capire, conoscere, fare oggi!

Chiara Mastella
Consulente riabilitatrice, Milano

È una lettera inusualmente lunga, quasi un articolo, che proponiamo come tale (salvo alcuni minimi tagli). Il suo messaggio generale è molto forte, e non ha bisogno dei nostri commenti. Contiene però anche un problema particolare che, senza poterlo discutere, per nostra incompetenza, vogliamo sottolineare, anche perché più volte occasione di discussione su questa rivista, con incerte conclusioni. Questo, che Chiara Mastella propone (diagnosi precocissima, intervento precocissimo), non è forse in linea con quanto fin qui è stato detto da noi, ma può rappresentare uno sviluppo di pensiero interessante.

Mi spiego. In linea con i principi di una "medicina basata sull'evidenza" (principio orientativo forte, ma anche un po' noioso se troppo spesso invocato, e da non trasformare in religione) abbiamo dato risalto a studi controllati che sembrano dimostrare la non maggiore efficacia di una riabilitazione-fisioterapia precoce rispetto a un intervento volutamente ritardato, trascurando quanto, in fondo, ci sia di innaturale e forse di non etico in questo comportamento. D'altra parte, avendo assistito, negli anni '60, a

un'invasività riabilitatrice che ci era parsa imprudente, pericolosa e ipermedicizzante, basata, appunto, sul principio della diagnosi precoce e della "promessa" (e mai dimostrata) miracolosità dell'intervento, eravamo (come gruppo) più in sintonia con gli "evidenzisti" che con gli "interventisti". Le riflessioni di Chiara Mastella, di cui non possiamo non avvertire la verità anche in assenza di una evidenza dimostrabile, hanno il vantaggio di arrivare in un momento più maturo della medicina, dove, da un lato, di lesione neurologica, e di rischio, si può parlare con molto migliore approssimazione di un tempo, e quasi con sicurezza già molto precocemente (pensate alla ecografia cerebrale, pensate all'osservazione motoscopica illustrata da Cioni nell'ultimo numero del '97); mentre, per altro verso, è venuta anche crescendo l'esigenza di un rapporto medico-paziente non ambiguo e non paternalistico; e si è sempre più "scientificamente" valutato il peso di un'interazione non intenzionale tra madre e bambino.

F.P.