

HLA e vaccinazioni

La risposta apparsa su *Medico e Bambino* del marzo scorso alla mia domanda su vaccinazioni e HLA è una risposta di fondo, di tipo filosofico e ideologico, che mi sembra peraltro condivisibile.

Tuttavia, ai fini pratici di una confutazione o almeno di un confronto sul campo verso questa iniziativa (o verso simili bizzarrie), credo sia utile una precisazione sull'esistenza o meno di dati scientificamente affidabili che possano in qualche modo suffragare, o per lo meno rendere plausibile, un'ipotesi di questo genere o, al contrario, la rendono improponibile e bizzarra.

Io non sono riuscito a trovare nulla né in un senso né nell'altro.

Alberto Calligaris
Primario pediatra, Tolmezzo

È giusto il rimprovero per il carattere ideologico-filosofico e non puntuale della risposta. È significativo però che per una linea di pensiero (e d'azione), per sua natura "bizzarra" e manifestatamente fuori dal sapere comune, anziché avere a suo carico l'onere della prova, si richieda che altri la confutino: mentre si sa che è proprio la "non confutabilità" che rende, a priori, non "scientifica" una proposizione.

Non rinuncerò, di conseguenza, a una seconda risposta "filosofica" (alla fine). La farò precedere da una sintesi del certificato che mi è capitato tra le mani (che è stato appena ritoccato per motivi di "privacy", cioè per evitare la riconoscibilità del paziente, senza però cambiarne né la sostanza né lo spirito né la forma del documento), dal commento che ne ha fatto il professore di Genetica Umana della Facoltà di Medicina di Trieste, Antonio Amoroso, e dalla circolare ministeriale divulgata su questo tema specifico che evidentemente ha assunto una rilevanza che ritenevo impensabile.

A) Il certificato

Si certifica di aver visitato il piccolo XX e di averlo sottoposto ad accertamenti immunologici, immunogenetici ed ematochimici, da cui sono emersi i seguenti valori:

- Tipizzazione tissutale HLA (A,B,C) e HLA DR-DQ: A1 (m. di Hodgkin, cancro della prostata, cancro del fegato, epatite cronica attiva, epatite B, tiroidite, miastenia grave, vitiligine); A29 (altra serie di malattie); B35 (idem); B52 (idem); CW2 (idem);
- Familiarità positiva ecc;
- Stipsi, dolore addominale notturno, intolleranza grave ad alimenti;
- Rossore, dolore, prurito (?), inappetenza dopo la terza dose di DPT.

In considerazione dello stato clinico del piccolo, del suo equilibrio immunologico e

con il fenomeno del *linkage disequilibrium*, alcuni alleli HLA vengono ereditati in associazione tra loro; la suscettibilità alla malattia potrebbe essere legata non a un singolo allele ma alla contemporanea presenza di altri alleli coereditati.

Il paziente risulta a rischio per patologie autoimmuni, che possono essere slatentizzate dalla somministrazione di vaccini che possono agire sul sistema HLA; pertanto si sconsiglia la somministrazione di ulteriori vaccini che agiscano sull'HLA.

B) Il commento del prof. Antonio Amoroso

Esistono due famiglie di antigeni HLA: di classe I e di classe II. Gli antigeni HLA di classe II (che comprendono classicamente gli antigeni HLA-DR, HLA-DQ e HLA-DP) sono espressi solo su alcuni tipi di cellule e sono fondamentali nell'avviare il riconoscimento da parte del sistema immunitario (tramite i linfociti T helper) di tutto ciò che non appartiene all'organismo ("non self"). Gli antigeni di classe I (classicamente gli antigeni HLA-A, HLA-B e HLA-C) sono invece espressi su tutte le cellule nucleate e sono fondamentali per permettere al sistema immunitario di distruggere (tramite i linfociti T citotossici) le cellule che contengono peptidi derivati da proteine estranee all'organismo.

Una delle caratteristiche degli antigeni HLA è l'estrema variabilità della sequenza degli amminoacidi, almeno in alcuni punti della molecola. Questa parte degli antigeni HLA, così variabile da un individuo a un altro, forma una sorta di tasca nella quale viene alloggiato il pezzettino di proteina estranea che risulta essere il bersaglio del riconoscimento o della distruzione da parte del sistema immunitario.

Per questo le caratteristiche HLA individuali contribuiscono a rendere diverso il repertorio di risposta immunitaria che ciascuno di noi possiede.

Quest'ultimo aspetto è oggetto continuo di ricerca scientifica, e ogni anno vengono prodotte migliaia di pubblicazioni scientifiche che valutano in che modo la presenza di una certa caratteristica HLA (o allele HLA) può rendere gli individui più o meno capaci di svolgere una certa funzione immunitaria. Questo si traduce sostanzialmente in una maggiore o minore suscettibilità a malattie riguardanti l'immunità, ivi compresa la sorveglianza a tumori. In questo modo non vi è quasi antigene HLA che non sia coinvolto nella suscettibilità a qualche malattia. Ogni qual volta si esamina l'associazione tra antigeni HLA e malattie, è opportuno ricordare però come abbia il più delle volte solo un significato statistico e non abbia di fatto alcuna ricaduta nella pratica medica. Questi studi, infatti, mettono in

evidenza che un certo allele HLA è più frequente in malati rispetto ai controlli sani (o viceversa), ma mai che un certo allele sia presente esclusivamente in soggetti malati o che sia sempre assente nella popolazione di controllo. La forza dell'associazione tra HLA e malattia viene di solito indicata dal valore di rischio relativo (che indica quanto è più frequente quella malattia nei soggetti che possiedono quell'antigene HLA rispetto a chi non lo possiede). Per la maggior parte delle malattie associate con HLA il rischio relativo non supera un valore pari a 5, e solo nel caso delle artropatie della colonna negative per il fattore reumatoide l'associazione con HLA-B27 raggiunge valori di rischio relativo che autorizzano a indirizzare una diagnosi o a stimare una prognosi. Nella maggior parte dei casi l'associazione tra malattia e HLA ci permette di chiarire meglio i meccanismi di malattia, soprattutto quelli legati alle caratteristiche genetiche della risposta immunitaria, che però danno ragione solo in minima parte del perché il nostro sistema immunitario si comporta in quel modo.

Se promettete di non divulgare la mia tipizzazione HLA, vi confiderò che essa risulta: HLA-A1, A2; B21, 35; Cw4, w6; DR5, DR7.

Ora, se si dovessero "rincorrere" tutti i dati provenienti da alcuni degli studi più recenti, potrei pensare di essere, per via della presenza di HLA-A1, più a rischio per malattie croniche epatiche, per la nefropatia membranosa, per la colite linfocitica e per l'ipertensione giovanile. Sempre la presenza di A1 insieme a DR5 mi renderebbe a maggior rischio di sarcoma di Kaposi, ma solo in caso di trapianto o di infezione da HIV. E, in quest'ultimo caso, B35 renderebbe più facile la progressione ad AIDS, che però DR5 renderebbe più difficile. E sempre DR5 potrebbe rendere più agevole la lotta contro HCV, ma anche più facile un'allergia al polline di parietaria. DR5 sarebbe poi più frequente nei soggetti con linfoma cutaneo a cellule T, e anche nei soggetti con anticorpi antifosfolipidi, per fortuna però solo se messicani. Sempre DR5 è implicato nella iridociclite cronica che accompagna le forme di artrite reumatoide giovanile pauciarticolare, nella sindrome di Behçet, nel carcinoma a cellule squamose della cervice. E che dire della celiachia, che DR7 rende più facile, come pure il lupus indotto da clorpromazina? Anche l'allergia al polline di ulivo è più frequente in soggetti DR7-positivi. Ma per fortuna DR7 mi protegge dall'artrite reumatoide. Cosa che invece non fa A1. Certo che, in caso di infezioni da echinococco, potrei essere più suscettibile per la presenza di A1. E di A2, cosa dire? Beh, siamo circa 40% della popolazione a possedere A2. Ciò non toglie che predisponga al linfoma, ma in caso di can-

cro dello stomaco favorisce la risposta alla immunoterapia e protegge dal carcinoma nasofaringeo. Protegge anche dalla ciclite eterocromica di Fuch ma, se vi viene trapiantato un midollo osseo, facilita l'insorgenza di miastenia grave. Se poi foste degli indiani Pima, la presenza di A2 potrebbe conferire un maggior rischio di mortalità cardiocircolatoria. E se vi ammalaste di diabete, la presenza di A2 renderebbe più probabile un'albuminuria. Dovrei poi fare attenzione, perché la presenza di B21 potrebbe essere coinvolta nella suscettibilità alla lebbra e facilitare la cardiomiopatia ipertrofica. Ah, dimenticavo, sono a maggior rischio di timpanosclerosi per via del B35, però grazie a questo antigene si allontana lo spettro della schizofrenia. Però in caso di infezione da *Campylobacter* è più probabile una polineuropatia acuta assonale. Dovrei poi stare attento alla psoriasi, per via di Cw6, malattia che anche DR7 rende più probabile.

Vi assicuro che potrei trovare ancora molte affezioni per le quali risulterebbe più suscettibile. Ma non me ne preoccupo, sia perché il rischio che comporta la presenza di quel determinato antigene HLA è minimo, sia perché sono affezionato ai miei antigeni HLA e sono certo che mi proteggono da chissà quante altre malattie e forse contribuiscono anche a rendere il mio umore più allegro.

Antonio Amoroso

C) E ora la circolare ministeriale...

Ministero della Sanità
7 aprile 1998

Oggetto: valutazione delle caratteristiche del complesso maggiore di istocompatibilità ai fini dell'esecuzione delle vaccinazioni.

Nella relazione in oggetto si fa riferimento alla relazione clinica del piccolo XX, nella quale il pediatra controindica la somministrazione del protocollo vaccinale secondo gli obblighi di legge vigenti al piccolo paziente. La controindicazione sarebbe dettata dal rischio di "slatentizzare" patologie autoimmuni o allergiche per le quali il piccolo avrebbe un rischio aumentato per la presenza, in entrambi i genitori, di un aptotipo HLA riportato "a rischio" per alcune malattie autoimmuni e/o allergiche.

A questo proposito si fa presente che:

1. Esistono solo sporadiche segnalazioni frutto di studi aneddotici o puramente osservazionali sulla potenzialità di alcune vaccinazioni di indurre malattie autoimmuni. Infatti, ampi studi che mettono a confronto individui vaccinati con altri non vaccinati non hanno mai evidenziato un aumento del rischio di insorgenza di queste malattie a seguito di vaccinazione, in particolare quando si tratta di vaccini vivi attenuati (*Pediatr All-*

ergy Immunol 1990 Dec.; 1(2):60-63. Idem, 1997; 8:17-20) (*Folia Allergol Immunol Clin* 1986; 33:101-106). Questo metodo di studio (confronto tra popolazioni vaccinate e non vaccinate) è l'unico che può dare chiare indicazioni sulla presenza di eventuali associazioni.

2. Per quanto riguarda le allergie, esiste una sola recente segnalazione (*Epidemiology* 1997 Nov.; 8(6): 678-80) a favore di una maggiore frequenza di malattie allergiche in bambini vaccinati per difterite/pertosse/tetano. Questo studio è però fortemente sbilanciato nel numero dei non vaccinati vs vaccinati e quindi richiede ulteriori verifiche. Si fa presente, a tale riguardo, che la "possibilità" (non la certezza) di un effetto favorevole all'insorgenza delle allergie da parte delle vaccinazioni in parte dipende da un'errata valutazione, anche da parte dei mass media, di alcuni lavori scientifici che hanno sottolineato il possibile ruolo protettivo delle malattie infettive sulla insorgenza di manifestazioni allergiche. Tali studi hanno posto l'accento sul fatto che le migliorate condizioni igienico-sanitarie nelle popolazioni occidentali possano aver contribuito a una riduzione degli episodi infettivi nell'infanzia, tali da rendere più facile, nei soggetti predisposti, la produzione di IgE specifiche per allergeni. Ma nulla di tutto ciò induce a pensare che la pratica vaccinale utile alla prevenzione di malattie particolarmente gravi sia invece favorevole alle allergie.

3. L'associazione tra aptotipi HLA e malattie autoimmuni (spondilite anchilosante, altre malattie reumatiche) è nota, ma non esiste alcuno studio scientifico che dimostri l'associazione tra aptotipi HLA ed eventuali eventi avversi dopo vaccinazione. Nel particolare della relazione del Dott. X, si deve notare come il sanitario abbia riportato, della tipizzazione HLA dei genitori del bambino, solo alcuni antigeni ritenuti più significativi e non l'aplotipo completo. Di conseguenza non è possibile sapere se i genitori del bambino sono omozigoti per "HLA B8" e "DQ2" (padre) e per "DR16" (madre).

Nel caso di eterozigosi, nonostante gli "alleli siano autosomici dominanti", l'aplotipo del bambino potrebbe non essere la somma di quello dei genitori, ma gli alleli sarebbero stati ereditati secondo genetica mendeliana. In generale, comunque, se è nota una associazione tra aptotipi HLA e malattie autoimmuni, questa deve essere intesa come associazione "probabilistica" e non eziologica. Se è vero che i pazienti con alcune patologie autoimmuni hanno più frequentemente determinati aptotipi HLA, non è altrettanto vero che tutti i soggetti portatori degli stessi alleli siano destinati a sviluppare una patologia autoimmune. Se gli antigeni del complesso maggiore di istocompatibilità sono determinati e se si conosce con sufficiente dettaglio il loro ruolo nella fisiologia della risposta immunitaria, non altrettanto si può dire per il loro ruolo nelle malattie autoimmuni.

Pur in mancanza di studi mirati alla valutazione del problema in questione, si può comunque riflettere sul fatto che la popolazione dei soggetti portatori di alleli HLA "a rischio" di malattie autoimmuni è comunque, allo stato attuale, vaccina-

ta a norma di legge. Ciò nonostante continuano ad essere rappresentati soggetti con aptotipi "a rischio" ma non malati. Tale valutazione, seppur semplicistica, invita a considerare che altri fattori, e non le vaccinazioni che sono uguali per tutti, incidano in maniera più significativa sulla "slatentizzazione" di malattie autoimmuni. Si ribadisce che, allo stato attuale delle conoscenze, le vaccinazioni rappresentano un fondamentale intervento di profilassi anti-infettiva, con un rapporto rischio/beneficio molto favorevole. Non si ritiene, pertanto, che il protocollo vaccinale debba essere cambiato nella popolazione, né di dover valutare le caratteristiche del complesso maggiore di istocompatibilità nei soggetti con anamnesi familiari positive per malattie allergiche e/o autoimmuni ai fini dell'esecuzione delle vaccinazioni. Infine, per quanto riguarda la richiesta del Ministero sulla opportunità di estendere le indagini di tipizzazione HLA a tutti i bambini con la presenza di manifestazioni allergiche o malattie autoimmuni nell'anamnesi familiare, si ritiene che tale indagine sia del tutto inutile allo stato attuale delle conoscenze, dal momento che la tipizzazione metterebbe in evidenza un eventuale "rischio generico aggravato" di malattia allergica o autoimmune in assenza di alcuna possibilità di incidere sulle cause che potrebbero concretizzare il rischio, dal momento che non sono conosciute e che non esistono studi che indizino le vaccinazioni fra tali cause certe. Mentre, di fatto, avrebbe la conseguenza inevitabile di rallentare o impedire la pratica vaccinale e i suoi sicuri benefici.

Questo Istituto ritiene che, in una situazione in cui l'opinione pubblica è particolarmente sensibile ai temi della sanità pubblica e, talvolta facilmente influenzabile, la estensione di controindicazioni alle vaccinazioni basate su valutazioni soggettive e non suffragate da motivazioni scientifiche internazionalmente validate, sia un grave errore da evitare.

Il Direttore dell'Istituto

D) Le conclusioni "filosofiche"

Accettando (perché no?) la buona fede del collega che ha stilato il certificato (dei colleghi che hanno stilato i certificati??), e generalizzando quindi, come mi par giusto, il problema del controllo e dell'insicurezza, mi sembra di dover esternare una specie di sogno ricorrente che ogni tanto mi coglie nel condurre questa mia, forse ormai stanca, corrispondenza.

Da una parte si ritiene di poter controllare tutto, col genoma, lo HLA, le sottopopolazioni linfocitarie e quant'altro, ci illudiamo di poter prevedere tutto, o per lo meno di produrre delle ragionevoli mappe di rischio che ci guidino nella vita. Dall'altra parte accade invece che questa presunta capacità di individuare (in realtà solo di percepire) il rischio, produca soltanto paralisi, incertezza, impossibilità di applicare qualsiasi misura, anche protettiva, come i vaccini, per il timore di guai. Questa presunzione di sapere,

questo timore del "potrebbe essere", non tiene affatto conto del rischio reale, cioè del rischio empirico basato sull'esperienza, che nel caso della vaccinazione è un rischio molto vicino allo zero e che nel caso di malattia è invece un rischio concreto e ben misurabile (di infertilità, di disabilità, e di complicità reali).

Nei fatti ci troviamo come ai tempi dell'astrologia: un sapere infinito correlava il nostro destino alle congiunzioni astrali: un destino scrutabile solo da parte di sapienti, ma mai riconoscibile con totale sicurezza. Un destino oscuro collegato a un mondo oscuro, sul quale il "sapere" gettava una luce così debole da far vedere lucciole per lanterne. La falsa idea della sicurezza, del controllo delle variabili possibili, paralizza ogni azione e la rende dipendente da una realtà aliena, oggettivamente inconoscibile, oggettivamente fantastica, tanto più fantastica (e più illusoria) quanto più si riteneva di poterla riconoscere attraverso indizi.

Tutto questo mi mette nel cuore lo stesso impaurito disagio che doveva aver sentito Macbeth davanti alle pitonesse.

F.P.

Displasia dell'anca

Nella nostra casistica, il numero di ecografie alle anche con referto IA, cioè il migliore e conclusivo, è senz'altro molto alto, pari ai più ottimistici dati della letteratura. In alcuni centri ecografici, invece, il numero di anche "modestamente" patologiche (o forse "prudenzialmente" diagnosticate tali) sono molto più numerose. Questa osservazione ci ha fatto pensare. È forse possibile che qualche anca displasica possa non apparire tale o forse è più probabile che a volte qualche anca normale possa apparire displasica? Abbiamo fatto una specie di esame di coscienza: innanzitutto, noi ci siamo attestati, per quanto riguarda l'età di esecuzione dello screening, attorno ai 2 mesi, se non esistono fattori di rischio, e a questa età le anche sono con molto minor frequenza di tipo IB, cosiddette immature, o IIA; inoltre, i nostri tempi di esecuzione sono decisamente non frettolosi, con appuntamenti a orari ben definiti e, per questo motivo, se i bimbi piangono e si agitano, abbiamo il tempo per calmarli. I genitori sanno di portare i bambini sazi e con un succhiottino pronto a tranquillizzarli; diamo la massima attenzione alla silenziosità dell'ambiente per evitare che il bambino si ecciti e sgambetti, e all'apertura del pannolino per evitare che si bagni e si raffreddi. Qualche volta, ai primi posizionamenti della sonda, l'anca appare sul monitor nettamente displasica, ma poi, spostando dolcemente il bambino o tranquillizzandolo, e a volte con molta pa-

zienza, l'immagine si trasforma in quella di un'anca perfettamente normale, con tutti i parametri giusti. È sicuramente utilissimo, se non indispensabile, un assistente esperto e il lettino speciale per tenere in posizione corretta il bambino. Eccessive, tutte queste precauzioni? Il guaio è che, al contrario, una frettolosa diagnosi ecografica di anca IIA (o se il lattante ha superato i tre mesi, pur con le stesse misurazioni, la diagnosi di anca IIB, che appare molto più grave) induce agitazione e ricorso (urgente!) alla consulenza dell'ortopedico "in privato" e troppo spesso a inutili, pericolose e costose prescrizioni di divaricatori. Del fatto che in alcuni centri la frequenza del riscontro di anche patologiche sia molto superiore che in altri (e superiore alla letteratura), si cominciano ad accorgere più i pediatri che gli ortopedici, ai quali arrivano solo i casi ritenuti patologici e perciò hanno meno la sensazione del più alto rapporto patologici/normali in tali centri. Se è vero che un'anca displasica non può apparire mai normale, anche se l'esame viene ripetuto in varie posizioni, mentre a volte un'anca sana in alcune posizioni può sembrare patologica, non si può avere come obiettivo il risparmio di tempo. La velocità di attuazione, con falsi positivi, infatti porta a un notevole danno: visite ortopediche, ripetizioni di controlli ecografici e radiologici, ore di lavoro perse dai genitori e addirittura, se viene prescritto un tutore inutile, rischio di necrosi asettica della testa del femore. Se nell'incertezza dovuta a tempi troppo serrati, l'ecografista, per una falsa prudenza, scrive nel referto una diagnosi pessimistica, si corre il rischio che si inneschi la cosiddetta "spirale perversa": referto pessimistico - genitori terrorizzati - ortopedico che non può certo rischiare di sottovalutare una supposta patologia - prescrizione di divaricatore. Per non sprecare tempo, pur diversificando l'orario degli appuntamenti, se l'ecografia non fosse difficoltosa, si può dedicare il tempo residuo per fare subito la refertazione, come d'altra parte sarebbe sempre buona norma fare. Questo infatti consente di avere presenti anche le immagini comparse sul monitor e non fotografate e, se l'esame è stato effettuato da un ortopedico o da un pediatra, di ricordare l'esame clinico appena eseguito e le manovre di Ortolani e di Barlow effettuate.

Grazia Sutti, Milano

Cosa dire? Sottolineo che parlo di un argomento che non conosco, e nel quale, in tutti questi anni, non sono riuscito ad "entrare"; del quale non sono riuscito ad afferrare il bandolo della matassa. L'impressione un po' melanconica è che si sia fatto tanto rumore per nulla, o per quasi nulla. Come sempre, la nascita di uno screening polariz-

za l'attenzione su un argomento noto da sempre ma mai praticato. Adesso, almeno, tutti i pediatri praticano l'Ortolani al bambino dei primi mesi. Pratica oggi, pratica domani, pochi sono riusciti a conquistare una vera sicurezza. E quei pochi l'hanno persa dopo che una quantità di lavori hanno dimostrato che la clinica non dà sicurezza. Nello stesso tempo si è conquistata anche la sicurezza che anche l'ecografia non dà la sicurezza; o meglio che, come tutti gli screening sensibili, dà un eccesso di falsi positivi, magari operatore-dipendenti, o fretta-dipendenti o età-dipendenti. Ho chiesto ad alcuni ortopedici pediatri quale fosse la loro percezione del problema: se le anche d'oggi fossero più sane delle anche di ieri; a nessuno di loro è parso che ci sia stato un salto di salute. Come è accaduto per la scoliosi, come è accaduto per il piede piatto, anche per l'anca stiamo facendo un'operazione mondiale senza conoscere - e mai conosceremo - la "vera" storia naturale della displasia, il suo "vero" rapporto con la coxartrosi dell'adulto e via dicendo. Le considerazioni, le conclusioni e le raccomandazioni della dott.ssa Sutti mi sembrano, da profano quale sono, condivisibili. Ma so già che le regole di buona ecografia che propone non diventeranno patrimonio di tutti; che si perderanno nel pulviscolo di questo (inutile?) epistolario e di questa (inutile?) rivista. Non occorre che sottolinei che sto passando un leggero momento di malumore.

F.P.

Pedibas! ohibò... ohibò...

Pedibas! ohibò... ohibò... come diceva Totò.

Prima di addentrarmi più a fondo sulla polemica appena iniziata con la rubrica "Lettere", sarebbe opportuno sfatare alcune opinioni, eliminare dubbi, chiarire equivoci. Intanto, come chiamarci? Pedibas? No per carità! *Horribile auditu!* Ma che, siamo impazziti, come appunto diceva Totò? Sentirsi Pediatra di base significa far parte di una struttura geometrica che prevede sempre qualcuno al di sotto di un altro, che sta su su fino al vertice dove c'è non si sa chi, un Primario? Un docente universitario? Il Pediatra di grido a mezzo milione di lire a visita? Oppure dal lato amministrativo, un Manager? Un Direttore Generale? Qualcuno al quale chiedere sempre qualcosa per non ottenerla mai? Orbene, è ora di risolvere finalmente il dubbio. Noi siamo, lo dice l'art. I dell'Accordo Collettivo Nazionale, Medici Specialisti Iscritti negli Elenchi di cui all'art. ecc. ecc... E sarebbe bene non dimenticarlo. Il medesimo Accordo Collettivo sbaglia nella premessa quando indica i pediatri qualificandoli "di libera scelta", mentre tutti sanno quanto e quando la scel-

ta operata dai genitori sia tutt'altro che libera (vedi massimali, quote individuali e altro). Tanto meno mi piace la voce "di fiducia". Nel determinare l'iscrizione di un bambino a un determinato pediatra troppo spesso giocano motivi di opportunismo che nulla hanno a che fare con la fiducia, la quale peraltro viene ritirata per situazioni nient'affatto inerenti al rapporto fiduciario con il medico dei propri figli. E che dire infine del "Pediatra di famiglia"? Cosa tutta da ridere quando si pensi che in una famiglia spesso si introducono più pediatri, a volte uno per ogni figlio. E allora, ricominciamo da capo, correggendo il nome, e chiamiamoci e facciamoci chiamare "Pediatra convenzionati".

C'è poi una opinione da sfatare. Quella che riguarda la remunerazione. Orbene il trend (si dice così?) è di 6000 visite, e di 7000 telefonate all'anno, dati desunti da *Il Medico Pediatra*, organo della FIMP. Quindi, si fa presto a fare i conti. Se siamo, e lo siamo veramente e non so fino a quando lo saremo, specialisti, una visita, male che vada, costa almeno 100.000 lire (o no?). Ebbene lo Stato ci dà appena un sesto del nostro prodotto lordo, per un impegno orario che molte volte supera le 12 ore giornaliere, con la necessità inoltre di lavorare anche la domenica e le altre feste comandate, e spesso anche di notte. Hai voglia poi di esercitare la libera professione nei confronti dei propri assistiti. Ma chi paga? Chiunque, a mio parere, lavorasse tanto meriterebbe il doppio di una retribuzione di pari categoria!

Quanto poi al modo di lavorare, non è difficile immaginare come, se si parte da una media di 20 visite al giorno, in periodo di tregua, con un consumo di circa 30 minuti a bambino tra lo spogliare, visitare, pesare, misurare e rivestire, chiudendo fino all'ultimo bottoncino del body o del giubbino di jeans. Stai a sentire le statistiche! Un collega mi diceva di aver effettuato ben 16 visite domiciliari. Si era in periodo di epidemia. Gli ho chiesto che tipo di visite avesse fatto, ma non ha saputo spiegarmelo. Lo credo!

Che poi sono malati che a mala pena riusciamo a vedere una volta, alla prima visita, e che poi guariscono da soli, giacché seguire il decorso della malattia, con una visita intermedia e una finale, è praticamente impossibile. Ci ho provato nel '93, quando quel bel soggetto di De Lorenzo ci disse: «O dentro o fuori». Me ne uscii dall'ospedale perché avevo 35 anni di versamenti (anzianità), compreso il riscatto della laurea, e pensai di organizzare il lavoro, come dicevo io, con impegno e dedizione, seguendo il bambino malato fino alla guarigione, con due, tre, e a volte anche quattro visite, come si faceva in Ospedale. Purtroppo l'esperienza è stata drammatica, e dopo una decina di giorni ho dovuto smettere, per l'ec-

cessivo numero di accessi a domicilio.

In ambulatorio poi, non è che le cose vadano meglio. Il rapporto professionale è falsificato dalla Convenzione, che appunto impone ritmi di lavoro estenuanti, il che vuol dire camminare, macinare numeri. Mentre i genitori, a torto o a ragione, hanno coscienza di andare dallo specialista e molti vogliono trattenerci a colloquio anche per 40-50 minuti, e non se ne vanno se non fanno vedere che il piccolo fa "ciao" con la mamma.

Il vero problema è che sul Pediatra convenzionato (d'ora in poi lo chiameremo così) sono confluite diverse, troppe figure professionali come il Pediatra consultoriale ex ONMI; il Pediatra ambulatoriale ex Enti mutualistici; l'Ufficiale sanitario (vedi vaccinazioni e quant'altro); il Medico scolastico; il Medico sportivo. Anziché alleggerirlo di alcune mansioni, c'è chi propone di affidargliene altre: visite ai ricoverati in ospedale (ma non sarebbe stato meglio mantenere il rapporto a tempo definito con un massimale ridotto? così non sarebbe stato necessario andare a trovare i propri ricoverati, poiché il pediatra li avrebbe ricoverati nel proprio reparto e li avrebbe seguiti di persona); vaccinazioni facoltative e non (ma che fanno gli uffici USL di Igiene e Prevenzione? E perché poi le vaccinazioni deve farle il pediatra, essendo la pratica delle iniezioni una mansione infermieristica? Se proprio deve praticarle un medico, perché allora, ecco la piramide, base per altezza, non un primario o un docente, sarebbe sempre meglio, no?); test allergologici e piccolo laboratorio, rilievi statistici (e le altre strutture operative che farebbero?).

Sarà che sono stanco, ma non vedo una buona fine per la Pediatria, almeno per quella di frontiera, fatta di contatti con la gente che vorrebbe essere servita meglio e che non possiamo accontentare; di rapporti amichevoli che non possiamo coltivare (vai a chiedere a un amico il pagamento per una visita di domenica, vedrai come la prende). In epoca non sospetta (si ricorda il *Medical Tribune, Il Polso*) ho affermato che sarebbe stato meglio mantenere la Pediatria a livello di consulenza sviluppando i consultori, i poliambulatori, con la possibilità di riferire al Medico curante (questo sì un vero, il vero medico di famiglia) sulle condizioni del bambino mandato a consulto. A quel medico che conosce i veri problemi della famiglia e che adesso, quando si vede arrivare un ragazzo di 14 anni, per lui è un illustre sconosciuto. Né i pediatri hanno l'obbligo di riferirgli i dati in loro possesso. Già, a questo, nessuno ha pensato.

Così come nessuno ha pensato alle ferie. Le pare che per andare in ferie dobbiamo trovarci un sostituto e per di più pagarlo? Non credo che ci siano rapporti così strani. Un ibrido che non è dipendenza, né

tantomeno libera professione. E gli ibridi non hanno la possibilità di riprodursi, sono sterili. Lavorano molto sì, come i muli, ma non lasciano frutti. Attualmente la Pediatria convenzionata è costituita da medici che hanno quasi tutti una lunga esperienza alle spalle, e che difficilmente si lasciano massificare, potendo vantare una dignità professionale e culturale, che nessuno può condizionare. I giovani pediatri, immessi sul mercato per necessità di cose, facilmente plasmabili da chi vuol disporre di una manovalanza a buon mercato, costretti nella maggior parte dei casi a operare da soli, con il timore di sbagliare, senza peraltro avere la possibilità di percepire l'errore, non avendo l'esperienza sufficiente, rischiano di dequalificare la Specialità, e di fare la fine di molti generici, venendo considerati, appunto, "di base", cioè Generici dei bambini. La Pediatria, quella seria, quella con la P maiuscola, se la prenderanno gli altri, quelli che, appunto, stanno sopra la "base". A proposito, a quando la Laurea in Pediatria?

Augusto Sabatini, Sulmona (AQ)

Mai, mai, mai, la Laurea in Pediatria (così almeno la penso io). Mai separare la piccola pediatria dalla Grande Medicina. Morirebbe asfittica.

Quanto al nucleo centrale della Sua lettera, preferisco per ora non esprimermi, in attesa che il discorso si allarghi. Sono convinto, con Lei, che una ridefinizione dei ruoli, dell'identità e della obbligatoria, continua riprogettazione della pediatria convenzionata sia necessaria; ma credo che questo debba nascere primariamente all'interno della categoria.

F.P.

Fluoroprofilassi: convincere i genitori

Il papà di un mio piccolo paziente mi ha portato un opuscolo contro la fluoroprofilassi, di cui allego copia. Si può chiaramente vedere che la posizione dell'autore è di parte. L'esposizione è condotta in modo tale che dal testo si evince la tesi che si vuol dimostrare. Si tratta inoltre di studi in massima parte alquanto datati, di frasi staccate dal contesto, per cui dall'opuscolo non si può ricavare alcuna informazione precisa. Bisognerebbe controllare i lavori originali citati, di cui nell'opuscolo mancano spesso gli estremi.

Pertanto l'opuscolo andrebbe semplicemente cestinato. E tuttavia, se questo può bastare a me, ritengo che si debba dare una risposta al papà che me lo ha portato, che non mi pare deciso a credere acriticamente alla tesi del libretto, ma attende da

me un aiuto per capire dove sta la ragione. Considerando che (suppongo) il caso non è isolato, sarebbe utile venisse pubblicato un commento qualificato, di cui Vi ringrazio.

Antonio Meo, Rovigo

Mi scuso molto per il grave ritardo col quale rispondo. Il ritardo non è dovuto soltanto alla eccessiva ripienezza di questa rubrica, né ai due mesi (luglio e agosto) in cui M&B non esce; ma, in buona parte, all'imbarazzo del curatore. Come per le vaccinazioni, accade periodicamente che pratiche consolidate vengano ridiscusse. Niente di male; ma la discussione dovrebbe avvenire su nuove evidenze, non, come in questo caso, con "studi datati e con frasi staccate dal contesto". Una delle poche cose certe è che nel giro di molti anni, da quando la fluorazione dell'acqua potabile è diventata la regola nei diversi Stati degli Stati dell'Unione Americana, non si sono registrati fenomeni negativi sulla salute delle popolazioni, e che, da noi, nel giro di relativamente pochi anni, da quando cioè l'uso preventivo del fluoro è diventato anche in Italia una realtà quasi universale (e naturalmente anche da quando l'igiene orale è più diffusa, e la nutrizione si è arricchita), gli in-

dici di salute dentaria sono straordinariamente migliorati (vedi anche M&B, 16, 315, 1997). Devo confessare che ho sfogliato l'ultima diecina d'anni di Medline senza trovare niente di significativo; ma credo che questo sia giustificato da una parte dalle prove portate in passato in grande favore del fluoro (non si può continuare a dimostrare sempre la stessa cosa) e dall'altra dalla assenza di segnalazioni obiettive di allarme.

È certo che il fluoro è un veleno: lo è anche il calcio, lo è anche il ferro, lo è anche lo jodio; lo è anche l'innocente sodio; e lo sono sia a dosi relativamente basse nel lungo termine che a dosi molto alte nel breve o nel brevissimo termine: e non parliamo poi del potassio, il più mortale di tutti. Quindi, se è vero che il fluoro fa bene, è anche vero che può far male, a dosi sbagliate. È certo però anche che, come tutti questi altri ioni, il fluoro è un componente normale dell'acqua e della dieta; e che dimostratamente le acque troppo povere di fluoro si accompagnano a un'alta prevalenza di carie e le acque colorazione scura del dente: effetti entrambi della mancata o eccessiva fissazione del fluoro nella molecola dello smalto. Si può anche aggiungere che, sì, oggi esiste il rischio di una eccessiva (ma mai pericolosa)

assunzione di fluoro, specie da parte dei bambini; rischio che è legato, più che alla assunzione delle compresse, all'uso dei dentifrici al fluoro, che si aggiunge al fluoro delle compresse, e la cui assunzione deve essere regolata (piccola quantità di dentifricio sullo spazzolino). Si può aggiungere ancora che la dose di fluoro da dare come integrativa dipende dalla concentrazione di fluoro nell'acqua dell'acquedotto, che forse ciascun pediatra dovrebbe conoscere per la sua città (la maggior parte delle acque potabili sono povere di fluoro): che nessuna aggiunta va fatta se l'acqua contiene 0,6 parti per milione (ppm) di fluoro (che corrisponde alla assunzione giornaliera di circa 1,5 mg); che per le acque che ne contengono da 0,3 a 0,6 ppm la supplementazione indicata è di 0,25 mg/die da 3 a 6 anni e di 0,50 mg dai 6 ai 16; che per le acque che ne contengono meno di 0,3 ppm la dose opportuna è di 0,25 mg nei primi 3 anni, di 0,50 mg dai 3 ai 6 e di 1 mg dai 6 ai 16.

Un'ultima considerazione: col fluoro non ci guadagna nessuno: non i dentisti, non i pediatri, non la Grande Industria. Solo i denti.

E una ancora più ultima: se i genitori non si convincono, pazienza: affari loro.

F.P.

Azienda USL di Cesena
con il patrocinio di
Associazione Culturale Pediatri
Società Italiana di Diabetologia e Endocrinologia Pediatrica

RUOLO DELL'EDUCAZIONE NEL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

Anno I: Il diabete insulino-dipendente

Cesena, 15-16 ottobre 1998 - Sala Convegni, Ospedale "M. Bufalini"

Questa serie di incontri che ha per tema comune "L'educazione nel bambino con malattia cronica" si apre discutendo del diabete insulino-dipendente. Il prossimo anno parleremo di asma e di fibrosi cistica. L'incontro si propone di trasmettere a chi si occupa di bambini con una malattia cronica specifica (pediatri di base, infermieri professionali, insegnanti, psicologi e genitori stessi) l'esperienza degli specialisti, ma anche quella maturata sul campo da coloro che vorranno inviare una breve segnalazione in merito (una pagina dattiloscritta con breve introduzione, metodi, risultati e discussione). L'abstract va inviato alla Segreteria Scientifica entro il 20 settembre 1998. Saranno selezionate e presentate 12 comunicazioni. Le migliori saranno pubblicate su "Il Diabete nell'Età Evolutiva". I presentatori saranno ospiti del convegno.

Giovedì 15 ottobre

- 15.00 Apertura e presentazione del Convegno
G. Zaccatelli e GC. Biasini
- 15.15 I campeggi educativi, moderatore G. Chiumello
La situazione in Italia, L. Pinelli
Utilità e limiti, M. Pocecco
- 16.45 Sei comunicazioni sul tema
- 17.45 Discussione, G. Chiumello

Segreteria scientifica: G. Cerasoli, M. Pocecco
U. O. di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", Cesena
tel. 0547/ 352841 - fax 0547/352835
e-mail: mpocecco@cessn.unibo.it

Venerdì 16 ottobre

- 9.00 Educazione a casa e a scuola, moderatore R. Lorini, Genova
L'assistenza domiciliare e il supporto telefonico, M. Vanelli
(tre comunicazioni sul tema)
- 10.30 Educazione al computer, moderatore S. Bernasconi:
Vantaggi e svantaggi, F. Chiarelli (tre comunicazioni sul tema)
- 11.30 Gli educatori, moderatore E. Cacciari
Formazione degli educatori, F. Dammacco
- 12.00 Discussione e conclusioni, E. Cacciari e GC. Biasini

Segreteria organizzativa: Adria Congrex, Rimini
tel. 0541/56404; fax 0541/56460