

## Mamma, ho perso il pediatra!

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, avviato dal D.L. n. 502/92, ha comportato, con l'entrata in vigore dall'1/1/1993 del rapporto unico di lavoro, l'esodo di numerosi pediatri di famiglia che svolgevano, contemporaneamente, l'attività di pediatri ospedalieri o universitari a tempo definito e che hanno optato per il tempo pieno. Nonostante ciò abbia creato, di fatto, nuove prospettive occupazionali nell'ambito della pediatria di base con immissione nei ruoli dei giovani pediatri su tutto il territorio nazionale, al 30 giugno 1994 la copertura complessiva della popolazione pediatrica italiana (fascia di età 0-14 anni) da parte dei pediatri di base risultava pari soltanto al 44,45%, con marcate differenze tra le grandi aree geografiche del Paese (dal 66,37% dell'Emilia Romagna al 29,59% della Basilicata). A ciò va aggiunto che la crescita della quota in carico al pediatra di base neo-inserito avviene spesso molto lentamente: di qui la comparsa di una nuova figura sanitaria, quella del "pediatra minimalista".

Le cause di quanto esposto sono riconducibili, principalmente, ai seguenti motivi:

- marcato decremento della natalità, ormai rilevato in tutte le Regioni;
- esclusiva limitata alla fascia di età 0-6 anni;
- mancato automatismo dell'iscrizione al pediatra delle scelte in età di esclusiva, temporaneamente e provvisoriamente attribuite, in carenza del pediatra di famiglia, al medico di medicina generale;
- convinzione, da parte dei genitori, che l'assistenza pediatrica sia indispensabile soltanto nei primissimi anni di vita.

Sebbene la nuova Convenzione per la Pediatria di libera scelta (D.P.R. n. 613/96), finalmente non più "fotocopia" di quella della Medicina generale, valorizzi maggiormente la specificità del ruolo svolto dal pediatra, soprattutto nell'ambito della prevenzione e del monitoraggio delle patologie (vedi bilanci di salute), l'estensione obbligatoria dell'assistenza pediatrica di base fino all'adolescenza, fascia di età da sempre rivendicata di competenza pediatrica, rimane, dunque, il principale obiettivo da perseguire in futuro in sede di trattativa; ciò, finalmente, demanderebbe esclusivamente i pediatri di famiglia, così come già avviene in ambiente ospedaliero, alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura, riabilitazio-

ne e raggiungimento di uno stato di maturità psicofisica (art. 1 D.P.R. n. 613/96).

Daniilo Vicedomini, Napoli

*A costo di risultare antipatico (sì, mi costa moltissimo) devo dire che non riesco a concordare del tutto con l'impostazione della lettera del dottor Vicedomini, che è essenzialmente una lettera di categoria. "Medico e Bambino" deve, credo, una parte della sua popolarità (e delle sue impopolarità) al fatto di non essere una rivista di categoria, ma di funzione: la funzione della pediatria ambulatoriale, e più in generale la funzione della pediatria, e più in generale la funzione della medicina; non della categoria dei pediatri di libera scelta o dei pediatri ospedalieri, o dei pediatri universitari. È difficile non riconoscere nelle richieste di Vicedomini delle richieste di categoria.*

*Pediatri di libera scelta? Si accorda il principio della libera scelta con quello della obbligatorietà? Pediatri di famiglia? Si accorda il principio del pediatra di famiglia con quello del medico di famiglia? O non ci sono, in questi due diversi principi, aspetti positivi, di complementarietà, e aspetti negativi, di esclusione? E se è probabile che il pediatra, fino ai 16 anni, sia davvero la scelta migliore, per il ragazzo, è altrettanto certo che sia la scelta migliore per l'insieme della famiglia? Chi ha dimostrato che è veramente la scelta migliore? Ci sono degli studi comparativi che lo confermano?*

*Non è tanto contro logica che il mantenimento delle scelte dopo i 6 anni, il pediatra possa conquistarselo caso per caso (e non gli risulterà nemmeno troppo difficile, se davvero è stato il miglior medico possibile per il bambino nei suoi primi anni di vita). Provo a lanciare là che la concorrenza, non solo verso i colleghi pediatri ma anche verso i colleghi medici di medicina interna, possa essere uno strumento di miglioramento. E se mi si risponderà che, tanto, "la gente" bada non alla qualità delle cure ma solo alla facilità con la quale si ottiene un certificato o una ricetta, allora dovrò rispondere che questo aspetto del "mercato" mi è indifferente, e che non vedo perché l'obbligatorietà della scelta debba premiare una categoria o quell'altra.*

*NB: Questo è vero anche in ambito ospedaliero: sembra a tutti noi che il raccogliere i bambini in un'area delle cure pediatriche (anche se se ne dovrà occupare il chirurgo) e che il ricoverare nei reparti pediatrici fino ai 16 (o 18? o 20?) anni, corrisponda a principi di utilità non solo per la pediatria ma anche per il paziente. Tuttavia questo è molto più ve-*

*ro per il bambino piccolo che per il bambino grande; e per quest'ultimo sembra ancora ragionevole che possa prevalere il principio della scelta (del paziente e della famiglia) piuttosto che quello dell'obbligatorietà; e che all'accoglienza degli adolescenti si debbano dedicare spazi diversi e riservati; e una cultura che non è identica a quella che serve per il lattante.*

*A scanso di equivoci: io sono convinto che il pediatra sia davvero il medico "giusto" per tutta l'età dello sviluppo; non sono altrettanto convinto che tutti i pediatri ne abbiano acquisite o conservate tutte le competenze necessarie; penso che questo debba essere il frutto di un lavoro che, per il singolo, deve durare per tutta la vita professionale, e che per la pediatria come disciplina (e anche come categoria) è ancora in corso d'opera. Credo che lo spazio delle cure alla fanciullezza e all'adolescenza vada conquistato dai pediatri e dalla pediatria (ambulatoriale, ospedaliera, universitaria) attraverso una elaborazione culturale e umanistica, e attraverso dei fatti che rendano evidente, e non solo apoditticamente affermato, il suo fisiologico primato.*

*Forse sbaglio. La discussione è aperta.*

F.P.

## Depressioni

Vi scrivo nuovamente perché la mia "depressione" per effetto del nuovo Contratto di Lavoro per la Pediatria di Base ha subito un ulteriore peggioramento (scherzo... ma non troppo).

Cosa c'è che non va?

1. Le vaccinazioni. In Sardegna le vaccinazioni facoltative sono a totale carico del paziente, anche se pare che finalmente la Regione sia decisa a concederle gratuitamente (credo che aspetteranno ancora un "paio" di mesi; in sardo un paio arriva per estensione ad indicare anche 10-12). Come Lei sa, una dose di DTPa costa circa L. 50.000; ora il Contratto prevede che noi facciamo pagare altre L. 50.000 per praticarla. Di fatto mi pare che questo, oltre a rappresentare un'ingiustizia nei confronti dei sardi (in tutte le altre regioni d'Italia le vaccinazioni facoltative sono gratuite), costituisca un ulteriore ostacolo alla diffusione delle vaccinazioni; i genitori potrebbero pensare ad esempio che noi le praticiamo per guadagnare: 200, 250 vaccini all'anno sono circa L.10.000.000, pari a 2, 3 mesi di stipendio netto (ho 540 scelte).

2. Le certificazioni. L. 50.000 per un certificato per attività sportiva non agonisti-

ca, la stessa cifra per la compilazione di una scheda per la Colonia. È vero che il lavoro deve essere retribuito, ma è possibile che a pagare di tasca propria debbano essere sempre i pazienti?

Forse chi lavora in piccoli centri si trova in una posizione molto diversa da chi lavora in città, e mi sembra che di questo i sindacati non abbiano tenuto conto. Oltre al fatto che si conosce benissimo la situazione economica, abitativa (a volte ai limiti dell'invivibilità, con nuclei di 6 persone che vivono in un'unica stanza) dei nostri pazienti, e si diventa spesso per le famiglie un punto di riferimento non solo per problemi "medici".

Penso che la creazione di un rapporto economico diretto tra il Pediatra di base e la famiglia possa rovinare questo aspetto del nostro lavoro, ed è un rischio che non mi sento di correre.

Gradirei il vostro parere, per me illuminato e illuminante.

Giuseppe Lixia, Cagliari

*Penso anch'io come il dottor Lixia; e sono anche un po' contento che un pediatra di famiglia, e probabilmente non uno solo, la pensi così.*

*Penso che l'affare delle vaccinazioni facoltative in Sardegna sia un doppio scandalo; e che quello delle certificazioni a pagamento (ma più in generale quello della "creazione di un rapporto economico diretto tra il pediatra di base e la famiglia") possa minare seriamente il senso del pediatra come "punto di riferimento anche per problemi non medici" a cui il dottor Lixia si richiama. Capisco che questo è uno dei modi coi quali lo Stato scarica sul privato una parte del costo per la salute, aumentando di qualcosa il guadagno del medico senza aumentare gli esborsi: ma non mi basta per esserne soddisfatto.*

*Ancora più in generale, trovo che la commistione di pubblico e privato, di interesse personale all'interno di un servizio pubblico, non può non essere causa di sospetto (e fonte potenziale di abuso). Questo può essere uno dei motivi per cui il pediatra rischia di "perdere la mamma", come dalla lettera precedente.*

*Con la stessa preoccupazione, io, che non sono pediatra di famiglia, vedo in ambito ospedaliero i rischi dell'aumento vertiginoso delle tariffe dei ticket e ancor più quelli della prospettata reintroduzione di un rapporto libero-professionale nei riguardi di pazienti in regime di ricovero.*

F.P.

## Un rapporto felice, una storia esemplare

Vorrei ringraziarvi. Ringraziare voi che dalle pagine di *Medico e Bambino* fornite consigli, suggerimenti pratici e teorici, approfondimenti, revisioni, confronti dialetticamente accessi e consensi più o meno unanimi. Vorrei ringraziarvi perché è attraverso *Medico e Bambino* e tutto il suo bagaglio culturale che il mio lavoro di Pediatria di base si è costruito, giorno dopo giorno, professionalmente più valido e interessante. Credo che il modo migliore per farlo sia descrivere la mia esperienza e alcuni casi clinici che senza il vostro contributo, forse, non avrebbero avuto un altrettanto positivo decorso.

Alcuni anni fa apparvero su questa rivista una serie di articoli sulla possibilità di ampliare le capacità operative del Pediatra di base con l'utilizzo di metodiche strumentali e di piccolo laboratorio. Cominciai da allora, progressivamente, a utilizzare regolarmente alcune delle prestazioni descritte, nella convinzione che una Medicina di base (generica o del Pediatra di famiglia) dovesse occuparsi di un ventaglio di problematiche più ampio di quello che normalmente riuscivo a svolgere. I primi test sono stati i tamponi faringei per la ricerca dell'antigene dello streptococco beta-emolitico di gruppo A con metodo rapido. In due anni, dal giugno '94 al maggio '96, ne ho eseguiti, per esempio: 724 con 249 risultati positivi, pari al 34,3%. Nella *Figura 1* è rappresentato il grafico dei tamponi positivi e negativi integrati mese per mese nei 2 anni di riferimento. L'ho segnalato per la leggera discrepanza con il punteggio di Breese per la valutazione della tonsillite streptococcica (più volte

discusso sulla rivista) che attribuisce meno punti alle tonsilliti insorte nei mesi di maggio e giugno che, al contrario, nella mia esperienza hanno evidenziato un numero di positività significativo. Poi, con l'acquisto del microscopio, ho iniziato ad utilizzare il sistema Unopette della Becton e Dickinson per la conta dei globuli bianchi nella camera contaglobuli di Burkner, sistema abbastanza costoso, ma irrinunciabile per la velocità di esecuzione e la possibilità di effettuare il prelievo anche a domicilio. Abbinata alla conta leucocitaria, anche la formula con i vetrini precolorati della Boehringer (Testsimplets), sistema utilissimo che evita l'utilizzo di coloranti e permette una differenziazione leucocitaria in circa 10 minuti, e la "microVES", leggermente più difficoltosa nella manualità, per impedire la formazione di bolle nel capillare da ematocrito eparinato durante il prelievo di sangue dal dito. In due anni ho eseguito 126 valutazioni di conta leucocitaria, 54 formule e 26 misurazioni della velocità del sangue, in applicazioni cliniche che variavano dai sospetti di pertosse ai dubbi su una appendicopatia, dalle valutazioni di gravità di febbri inspiegabili alla ricerca di linfociti attivati nelle sindromi mononucleosiche e così via.

Simone, ad esempio, è un bambino di 3 anni. Un anno fa, in piena epidemia di gastroenterite virale (ne vedevo 1-2 casi al dì), accusò vomito, iperpiressia sui 38,5°, stato tossico e dolori addominali. Visitandolo a domicilio, rilevai una grossa irrequietezza per lui decisamente anormale e mi fu quasi impossibile palpare l'addome per il deciso rifiuto del bimbo a farsi visitare. Prelevai con qualche difficoltà alcune gocce di sangue capillare dal dito per valutare la conta leucocitaria e la formula: aveva 25.000 globuli bianchi con il 70% di polimorfonucleati; ciò confermò il sospetto di appendicite acuta per la quale il bimbo venne operato dopo poche ore dalla richiesta di ricovero urgente.

Rita è una ragazza di 12 anni. Dopo alcuni giorni dalla comparsa del menarca accusò iperpiressia sui 39,5° in assenza di qualsiasi altra sintomatologia. Visitai la ragazza ogni giorno poiché, a detta della madre, la temperatura non calava con nessun antifebbrile, ma l'esame obiettivo rimaneva costantemente negativo. Pensai (nella più cupa incertezza) a una infezione occulta, magari in sede genitale e praticai una conta leucocitaria con formula: normali; una microVES: normale; uno stick urine: normale, mentre la febbre veniva riferita sempre uguale. Pensavo già al ricovero, ma prima volli assistere personalmente alla ri-

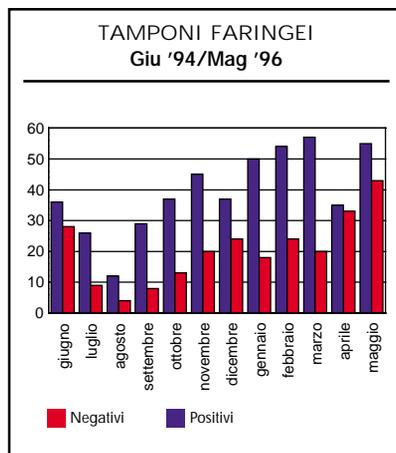


Figura 1

levazione della febbre e notai che la ragazza, mimando indifferenza, tamburellava con le dita sull'estremità del termometro: la invitai a non farlo per non alterare il risultato e la temperatura risultò normale. Sospettai una simulazione e lo comunicai ai genitori consigliandoli di non colpevolizzare la ragazza, forse turbata dall'evento maturativo puberale, e invitandoli ad essere sempre presenti alla misurazione della febbre.

Altre prestazioni in grado di fornire numerose soddisfazioni professionali sono quelle legate alla diagnostica allergologica ambulatoriale: il Prick test e la spirometria. In due anni ho eseguito 164 Prick, testando dagli 8 ai 12 allergeni per esame più i controlli positivo e negativo. Valutando i risultati sulla base delle indicazioni del Memorandum della Società di Allergologia e Immunologia del 18/06/1987, interpretandoli da 1 a 4 + a seconda delle dimensioni del ponfo confrontato con quello dell'istamina e considerando positivi anche i test con un solo + (pur esprimendo ai genitori la perplessità che un risultato così parziale sia effettivamente allergia), ho ottenuto nei due anni di riferimento 177 positività per allergeni così distribuiti: graminacee 39; acari 38; muffe 20; alimenti 17;

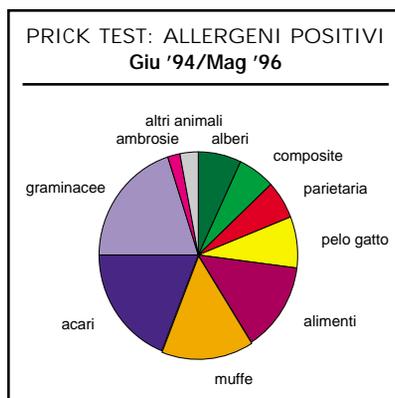


Figura 2

pelo di gatto 14; parietaria 13; composite 12; alberi 11; altri animali 9; ambrosie 4 (Figura 2).

È evidente il vantaggio di poter disporre in breve tempo di un test che confermi o smentisca (in stretta correlazione con la valutazione dell'anamnesi e dei sintomi) il sospetto clinico di un'allergia, soprattutto quando la clinica è dubbia. La valutazione delle diagnosi che hanno giustificato il Prick, infatti, mostra una frequenza di presentazione

di patologie non specificamente allergiche. Le diagnosi più frequenti nell'ultimo anno sono state, per esempio: tosse ricorrente: 18 casi; rinite persistente: 15 casi; bronchiti ricorrenti: 8 casi; dermatite atopica: 7 casi; infezioni ORL ricorrenti: 7 casi; asma bronchiale: 5 casi. Nel gruppo con tosse ricorrente ho riscontrato 5 bambini sicuramente positivi: tre alle graminacee, uno agli acari e uno ad acari e graminacee e due bambini con risultati dubbi: uno a cladosporium e parietaria e uno (abitante in ambiente rurale) al pelo di coniglio (e qui le valutazioni si fanno ovviamente più difficili). Nel gruppo dei bambini con diagnosi di bronchiti ricorrenti vorrei ricordare il caso di Mike, un bambino di 4 anni che, oltre ad accusare infezioni bronchiali a insorgenza mensile a volte associate a broncospasmo, accusava anche una tosse secca, notturna, insistente, resistente alle classiche terapie sintomatiche con parziali remissioni solo con l'uso di broncodilatatori. Il sospetto clinico di allergia quindi c'era, il Prick risultò marcatamente positivo alle graminacee (ma eravamo in autunno-inverno) e all'alternaria.

Istruito allo scopo, il padre studiò la camera del bimbo con più attenzione e

scopri dietro l'armadio una grande infiltrazione di umidità con formazione di muffa nerastra. La terapia preventiva anti-allergica e quello che si è potuto fare come prevenzione ambientale hanno migliorato il quadro. La spirometria ambulatoriale consente di migliorare la diagnosi allergologica e di quantificare la gravità di una crisi asmatica, monitorando con precisione gli effetti della terapia. Utilizzo uno spirometro Pocket 9000 della Micromedical, che consente la valutazione dei volumi e flussi più importanti: FVC, PEF, FEV1, ma anche dei flussi più legati alle vie aeree di minore calibro: MEF 25 e MEF 50 e, in caso di riduzione di questi ultimi, è giustificabile valutare con più attenzione la possibilità di una sottostante bronco-reattività. In due anni ho eseguito 122 spirometrie e la diagnosi generica di tosse persistente è stata quella che più frequentemente ho associato al test.

La dimostrazione dell'importanza della spirometria può essere valutata nel caso di Elena, una bambina di 8 anni affetta da asma bronchiale e risultata allergica agli acari della polvere. Qualche tempo fa, nonostante la terapia preventiva, giunse in ambulatorio in netta situazione clinica di affanno e dispnea. Non

si udivano fischi o sibili, ma solo una netta riduzione del murmure. La spirometria risultò drammaticamente alterata con un PEF di 47 l/min (18% del teorico per la sua età ed altezza), un FEV1 di 0,48 (32% del teorico) e flussi delle medie e piccole vie praticamente uguali a zero. Ero già pronto a ricoverarla, ma la risposta della spirometria (valori aumentati del 50%) allo spray predosato (3 puff di salbutamolo con erogatore a inspirazione) fu talmente incoraggiante da indurmi ad attendere, controllandola clinicamente e spirometricamente nelle ore successive.

Altre indagini che eseguo regolarmente sono gli stick urine (229 in 2 anni) e soltanto nell'ultimo anno gli scotch test per la ricerca delle uova degli ossiuri e l'ECCG.

Ma il caso clinico più significativo che volevo descrivere in conclusione di questa lettera e per il quale devo molto a *Medico e Bambino* è legato alla decisione di acquistare un ecografo di occasione, ma dalla buona risoluzione (un modello non recentissimo dotato di sonde solo lineari da 3,5 e 5 Mhz: un Philips SDR 1200) e di utilizzarlo dopo 2 corsi (uno propedeutico all'ecografia e uno specifico su reni e vie urinarie) per

eventuali necessità ambulatoriali.

Mattia, di sei mesi, fu accompagnato un pomeriggio in ambulatorio dalla madre, preoccupata perché durante il pasto di mezzogiorno il bambino era improvvisamente impallidito, ed era entrato per circa un'ora in una fase di iporeattività e torpore per lui anormali. Poi si era ripreso come se niente fosse, ma al pasto del pomeriggio il problema si era ripresentato e, appena varcata la soglia dello studio, aveva vomitato il latte. L'esame obiettivo, a parte una strana "assenza" del bambino, non mostrava segni patologici. Pensai a problemi neurologici o cardiaci, ma mi vennero alla mente 2 casi clinici apparsi sulle pagine della vostra rivista: uno del Prof. Alcaro e un altro legato alla rubrica dei casi indimenticabili di gastroenterologia su possibili invaginazioni intestinali con sintomatologia perlomeno atipica. Faccio un'esplorazione rettale, ma non c'è sangue. Provo con l'ecografo e al quadrante addominale inferiore destro in scansione trasversale vedo la lesione a bersaglio descritta come tipica di questa patologia (*Figura 3*).

Invio il bambino in ospedale con la documentazione e da lì a poco verrà sottoposto a clisma e, per l'insicurezza del-

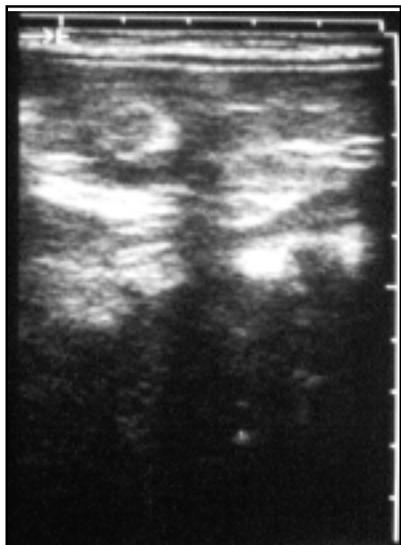


Figura 3

l'avvenuta risoluzione, verrà operato con eliminazione per via laparoscopica di una briglia che avrebbe potuto determinare il recidivare dell'invaginazione.

Alla fine vorrei fare delle considerazioni. La prima è che sicuramente una buona applicazione del ragionamento clinico avrebbe risolto la maggior parte delle situazioni nelle quali sono ricorso agli accertamenti descritti, ma la possibilità di supportare la diagnosi con test e indagini strumentali di rapida esecuzione mi ha aiutato in modo significativo. Soprattutto mi ha aiutato e mi aiuta a vivere la routine (peraltro indispensabile routine), integrandola con diagnosi più mirate e giustificate. La seconda considerazione si basa sulla convinzione che un medico di base, consapevole dei propri limiti e dei limiti delle metodiche che eventualmente utilizza in ambulatorio, possa comunque risolvere un ventaglio di problematiche diagnostiche più ampio, con maggiori soddisfazioni professionali anche in virtù del particolare rapporto con l'assistito e quindi della conoscenza approfondita del bambino. La terza è che al di là di ogni tecnicismo la cosa più importante della nostra bellissima professione è comunque, secondo il mio parere, saper ascoltare (e in questo l'omeopatia ha qualcosa da insegnare) e valutare globalmente tutti gli elementi da buon medico generalista, poiché gli errori che si compiono sono in gran parte legati al sorvolare su certi elementi per fretta o per pigrizia, delegando spesso al consulto specialistico la risoluzione del caso clinico.

A questo riguardo vorrei ricordare il caso di Davide. Già allora aveva una fa-

cies dubbia: una differenza di dimensione delle orecchie, una modesta palatoschisi; c'era l'impressione di una situazione di anormalità. Lo sviluppo psicomotorio però proseguiva regolarmente. Il nonno mi spronava a ulteriori accertamenti perché secondo lui (e non sapevo dargli torto) "c'era qualcosa che non andava in quel bambino". Compagno delle macchie ipocromiche al dorso, ma il dermatologo non identifica il problema. Lo vede la genetista: descrive le anomalie fenotipiche, ma non fa nessuna diagnosi. Compare una piccola lesione biancastra all'iride: l'oculista non la considera patologica. Lo vede il neuropsichiatra infantile: sviluppo conforme all'età. Il bimbo ha spesso infezioni della sfera ORL: una sera la mamma mi chiama per la comparsa di febbre sui 37,8° e tosse. Consiglio l'antifebbre in caso di febbre in crescita e comunico che la mattina sarei andato a visitarlo. La notte il bambino ha uno stato di male convulsivo, per cui viene ricoverato in rianimazione e la TAC successivamente mostra piccole calcificazioni cerebrali. Si riprende bene. Il dubbio è di una encefalite. Ma il bambino è affetto da sclerosi tuberosa.

I genitori hanno cambiato medico: erano convinti che, se lo avessi visitato la sera stessa, si sarebbe potuto prevenire qualcosa. L'errore c'è stato comunque: tutti i dati, anche prima della comparsa delle convulsioni, confermavano quella diagnosi. Nessun test rapido, e nessun test strumentale: bastava solo essere dei bravi clinici.

Lamberto Reggiani, Imola (BO)

*Cosa possiamo dire? Come possiamo respingere (o accorciare) questa superlettera, malgrado superi di molto le dimensioni raccomandate per la normale "Posta Interna" di Medico e Bambino (non superiori alle 3000 battute, raccomandazione d'altronde così spesso trasgredita)? È una superlettera anche troppo edificante, certo anche un po' troppo compiacente nei nostri riguardi, mosche cocchiere di un movimento di crescita della pediatria ambulatoriale, e forse anche appena un po' troppo compiaciuta: ma è giusto compiacersi del cammino che si ha alle spalle, quando la strada fatta è stata lunga e nella direzione giusta.*

*Grazie dunque, da parte nostra, al dottor Reggiani per questa "testimonianza"; e per la componente di esperienza, dunque di utilità pratica e di proposta che questa "testimonianza" comporta.*

F.P.

## Il meglio è nemico del bene

Rileggo a distanza di tempo (*Medico e Bambino*, anno XV, N.2, pag. 13/81) la lettera della dr.ssa Baraldi sul richiamo del vaccino antitetanico in caso di ferita, e la relativa risposta del prof. Bartolozzi, che riconferma le indicazioni classiche sulla necessità di anticipare il richiamo nel caso di ferita avvenuta oltre 5 anni dopo l'ultima dose di vaccino.

A questo punto mi pare che non ci sia la risposta a un quesito che la lettrice propone: «Se realmente, in caso di ferita occorsa tra 5 e 10 anni dall'ultima dose, ci fosse un rischio di tetano, chi proteggerebbe tutti gli individui che si feriscono in maniera non grave e che pertanto non arrivano all'osservazione del medico? Sappiamo infatti che le ferite a rischio di tetano non sono necessariamente le più gravi, che anche una spina in un piede può provocare la malattia; e pochi vanno dal medico per una spina in un piede».

È questa la domanda che ripropongo alla redazione (sottolineando che le ferite "importanti" dal punto di vista del rischio del tetano non sono necessariamente "gravi" dal punto di vista chirurgico).

Domando pertanto: «Finché non ci sentiamo sicuri che il vaccino funzioni senza richiami per 10 anni, non varrebbe la pena di ritornare alla vecchia prassi di un richiamo ogni 5 anni?»

Antonio Meo, Rovigo

*La "vecchia prassi" di un richiamo ogni cinque anni, in un Paese dove la copertura vaccinale elementare è lontana dall'essere raggiunta, non c'è mai stata, o c'è stata solo per un'élite che io non conosco, oppure solo per una popolazione ad alto rischio o iperansiosa.*

*La verità è che l'enorme maggioranza delle ferite non va in tetano, e non ci è mai andata, nella storia dell'uomo; che sono le ferite profonde e/o con mortificazione dei tessuti quelle più a rischio (storicamente il tetano si associava alla guerra).*

*L'altra verità (l'altra faccia della verità) è che nei fatti la pratica vaccinale attuale è sufficiente per la copertura del Paese; e che i rari casi di tetania interessano prevalentemente persone anziane, lontanissime dall'epoca della loro vaccinazione o, probabilmente, mai vaccinate; che nessuna pratica può cancellare del tutto un rischio; e infine, verità delle verità, che il meglio è nemico del bene.*

F.P.