

Lettere

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Le parole di Maria Bonino

Quando ritorniamo ai giorni trascorsi insieme, ancora tre anni fa, in Uganda, al St. Mary Hospital di Lacor (dove adesso è nata l'Università di Gulu-Napoli), ci ritorna di lei ogni singolo gesto; il suo sorriso radioso e rassicurante con cui ci accolse, la generosità nel trasmettere il suo sapere, l'umiltà con cui si confrontava a noi altri (abituati a lavorare con ben altre sicurezze!), sempre così schiva nel raccontare della sua vita, della sua scelta di donare la sua opera, rinunciando alle gratificazioni di un mondo convenzionale.

Giovanissima, aveva scelto l'Africa e l'aveva vissuta concretamente, raggiungendo una esperienza matura, ricca, ricca del piacere non solo di fare, ma specialmente di esserci.

Avevamo compreso e ammirato il suo grande impegno, ma non glielo avevamo abbastanza dimostrato, il condividere le ansie di quei giorni (per i bambini tanto malati e per i rifugiati minacciati dai ribelli); anche se per poco tempo ci ha arricchito la vita. E noi a lei? Poco, anzi pochissimo: solo la possibilità di consumare un pasto più tranquillo, senza dover tornare subito in reparto. E quanto, di quel niente, ci era grata!

A Lacor la conoscevano tutti ed era molto amata. "Vada a mangiare, si riposi", le ripetevano le suore ovunque la incontrassero. La sua voce sottile era musicalmente in sintonia con il dialetto acholi, di cui ci insegnò le parole più significative per comunicare con le mamme e...miracolo, ci riuscivamo abbastanza e lei tanto ne era felice.

Risentiamo la sua voce, rileggendo queste sue lettere. La prima ci dice qualcosa della sua vita, la seconda qualcosa della sua morte: è per sua sorella ed è il suo ultimo messaggio e il suo piccolo testamento sommo, così eguale a lei, così sereno e così coraggioso.

15 febbraio, 2005

Cara Carla, come stai? Spero tu voglia riprendere la buona azione di sostegno morale a una povera pediatra del sud del mondo; qua è un vero disastro, tristissimo, un sacco di bambini in condizioni pessime, insomma una vera tristezza. Purtroppo, qui non hanno ancora inventato il telefonino (forse a Luanda, ma è come dire a Parigi). C'è la posta elettronica, anche se non è facile collegarsi (ma in Angola non c'è niente di facile).

Sono nell'ospedale provinciale di Uige, unico ospedale provinciale del nord. Il livello è però quello di un dispensario e neanche dei migliori. Temo che ci siano i peggiori plasmodi di tutta l'Africa, cattivissimi.

Nonostante questo quadraccio, il posto come natura è bello e sicuramente fuori dai circuiti Alpitour! A risentirci presto.

16 marzo, 2005

Ho la febbre e mi sento tutta rotta. Speriamo sia malaria. E se no...mi dispiace di morire, mi dispiace per me, per il dolore della mamma, della CRI, del Paolo, dei nipoti, dei cognati, delle persone che mi vogliono bene e a cui voglio bene. Ho ripetuto tante volte in questi anni che "la vita è la realizzazione del sogno della giovinezza", è stata per molta parte così e ne ringrazio il Signore. Non sono certo all'altezza del dottor Matthew, ma se la mia morte fosse l'ultima, non mi dispiacerebbe poi tanto di morire.

È successo proprio così. La sua morte è stata l'allarme necessario e sufficiente perché l'epidemia venisse "ufficialmente" riconosciuta e fermata.

Grazie, Maria, per averci conosciuta.

Carla Berardi, Marina Mayer
Pediatrici di famiglia, Perugia e Napoli

Tanti l'hanno conosciuta. Maria Bonino, 52 anni, pediatra, volontaria di "Medici con l'Africa CUAMM", è morta il 24 marzo, al centro della terribile epidemia del virus di Marburg, a Uige, in Angola, dove dirigeva il reparto di Pediatria (2 pediatre, 200 bambini, più di 10.000 ricoveri all'anno). "Medico e Bambino" l'ha ricordata ad aprile e a maggio, ma il ricordo di lei non ci vuole lasciare. E speriamo che non ci lasci mai. Leggiamo ancora alcuni pezzi dell'articolo che ha scritto per lei Dante Carraro. È un po' come andarla a trovare in camposanto per portarle dei fiori, o meglio, per raccogliere due margherite nate sulla sua tomba, e per stare un po' con lei. È come, appunto, non volersi staccare dal suo ricordo.

M&B

Il primo contatto della dottoressa Bonino con la nostra organizzazione risale a 25 anni fa, nel settembre del 1980. Chiedeva di poter andare anche lei a svolgere la sua professione medica in Africa, tra i poveri. Frequentò il corso di formazione e, a giugno 1981, partì per l'ospedale diocesano

di Ikonda, in Tanzania.

Nel maggio del 1983, erano gli ultimi mesi di servizio, scriveva una lettera per ringraziare dell'esperienza che, tramite "Medici con l'Africa CUAMM", le era stato concesso di vivere. Diceva: "Sono veramente contenta. Al di là di ogni retorica, qui ho potuto sperimentare il senso e il gusto del mio lavoro... L'idea di tornare in Italia non mi sorride per niente... Quello che adesso vorrei per me è stare qui (non necessariamente a Ikonda), lavorare qui. Mi piace molto questo tipo di vita e di lavoro e, nonostante le mie difficoltà, sento che qui le mie giornate hanno un senso".

Così nacquero i successivi periodi di servizio come responsabile della pediatria nell'Ospedale regionale di Tenkodogo, in Burkina Faso, poi di nuovo in Tanzania, all'Ospedale di Iringa, poi due volte in Uganda e, dal 26 marzo 2003, in Angola.

Scriveva, il 20 gennaio 2005:

"Qua si boccheggia, cercando di non affondare nel mare mosso della pediatria. A volte sembra un incubo, pianti, gemiti, urla di genitori disperati e la sensazione di essere impotenti. È umanamente impossibile vedere un senso per tutto questo dolore innocente; l'unica è fidarsi che ci sia".

Maria è rimasta a prestare servizio ai bambini di Uige fino a quando la malattia non l'ha colpita: ha combattuto, fino alla fine, la buona battaglia contro la povertà, la malattia, l'isolamento del mondo, che toccano tanta parte del continente africano. È caduta nella condivisione, vittima tra le altre vittime. Maria è morta nello stesso modo con cui ha condotto la sua vita: in semplicità e in silenzio.

Dante Carraro
Vicedirettore di "Medici con l'Africa CUAMM"

Un silenzio che parla, con leggerezza, con amicizia, con dolore. Rileggete, per favore, le sue lettere, come se fossero indirizzate a ciascuno di voi. Sembra impossibile, ma è così, che quelle poche parole, così vive, così come era lei, dolci e determinate, possano riassumere una vita, la ricerca di un senso, la convinzione di averlo trovato, la fatica di tutti i giorni, il dubbio inevitabile, e poi l'ultimo, di nuovo inevitabile, sereno affidarsi.

M&B

Grazie, Ministro!

Finalmente il Ministro Sirchia ha messo mano alla soluzione delle grandi problematiche della sanità. Ha individuato il punto cruciale per risolvere al più presto il vero grande problema assistenziale: l'abuso dei lattini formulati.

Non importano, per il momento, la crescita incontrollabile della spesa farmaceutica, la spesa ospedaliera, il problema delle liste di attesa, lo scoordinamento delle attività fra ospedale e territorio. Col decreto del 22/02/05 n. 46 che reca la norma per la pubblicità dei prodotti sostitutivi del latte materno, gli italiani ora possono dormire sonni tranquilli.

Manca solo un paragrafo sulla necessità di fustigare sulla pubblica piazza i pediatri reprobati, scoperti a farsi sponsorizzare un convegno. Ma si può rimediare.

Sono veramente pentito di avere in ambulatorio una vetrinetta in cui sono esposte alcune confezioni di latte formulato che potrebbero indurre in tentazione le mamme allattanti: l'esposizione nei supermercati (e soprattutto nelle Coop) è invece segno di libertà di scelta del consumatore.

Mi dispiace di avere, da molto tempo addirittura, come amici alcuni informatori delle case produttrici di latte: li allontanerò subito e smetterò di frequentarli.

Anzi, chiedo ai "pasdaran" del latte materno di farmi avere le foto segnaletiche di tutti gli informatori in Italia, in modo che io non corra il rischio di salutare o di stringere la mano inavvertitamente a uno di loro. Come abbiamo fatto, noi pediatri, a non capire fino a oggi il danno che abbiamo provocato a tanti bambini italiani che abbiamo costretto a bere latte formulato, non per una indicazione motivata professionalmente ma perché succubi delle case produttrici? Grazie, signor Ministro, che col suo regolamento ci costringe a diventare bravi. Siamo veramente pentiti e ognuno di noi scriverà subito una lettera ai propri pazienti, chiedendo scusa dei gravi danni arrecati alla loro salute. Grazie! Grazie!

Arturo Alberti
Pediatra di famiglia, Cesena

Arturo Alberti è un pediatra al di sopra di ogni sospetto. Anche per questo la sua protesta così energica e impulsiva, su una questione obiettivamente complessa, un poco sorprende, e anche un poco no.

È vero: il Ministro Sirchia, che durante il suo mandato non era riuscito a risolvere il problema di un mercato italiano sicuramente anomalo ("lontano dall'Europa", e quindi, si potrebbe dire, al passo coi tempi), ha voluto chiuderlo, questo mandato, con un atto stizzito, apparentemente fuori tempo (postumo), con un decreto di rigoro-

sità calvinista, in cerca di una verginità puritana. È vero, è un decreto punitivo e anche un poco offensivo per la pediatria, e non sarà senza effetto sull'altro mercato, quello della formazione. Ma penso che anche questo mercato troverà le sue strade, speriamo pulite.

Franco Panizon

La gestione del bambino con diarrea acuta

Ringrazio il dottor Fontana per l'attenzione e la disponibilità riservatami; probabilmente, presentando qualche dissenso sul tema della reidratazione orale, non mi sono espresso perfettamente (*Medico e Bambino*, febbraio 2005). Quel 97% di pediatri italiani reprobati nell'applicare le raccomandate linee guida per la cura delle diarree proviene senza dubbio dalle fila dei "non ospedalieri". Altrimenti sarebbe una rivolta! La mia precedente lettera voleva semplicemente sottolineare come a domicilio, rispetto al reparto, non sia in pratica tanto facile controllare la capricciosità dei piccoli e le ansie dei genitori. Occorre prendere atto dell'enfaticizzazione del reale non buon sapore delle soluzioni reidratanti orali (ORS), della urgenza di veder sparire al più presto i sintomi fastidiosi, delle sollecitazioni a "fare qualcosa". Di conseguenza, certi interventi (restrizioni alimentari, astringenti, disinfettanti intestinali), quando consigliati correttamente (non con tè zuccherato al 20%) e con buon senso, non sono del tutto da demonizzare. Mi lascia comunque sempre perplesso il dato secondo cui una libera rialimentazione precoce da sola sia capace di ridurre di ben 33 ore la durata della diarrea.

Liborio Serafini
Pediatra, Busto Arsizio

Non credo che la mancata applicazione delle linee guida per la diarrea acuta riguardi la pediatria extra-ospedaliera. Il primo passo sta nel credere (credere davvero) che l'uso precoce della ORS è l'unico presidio che serve. E la mia convinzione è che, nella pratica ambulatoriale, la prescrizione della ORS è sempre più diffusa. Il problema è un altro, come dice Massimo Fontana in risposta alla sua precedente lettera: crederci, convincere e istruire i genitori sul come fare. Capita spesso di vedere in Pronto Soccorso (PS) bambini che a domicilio (a volte dopo giorni di diarrea) non erano riusciti a bere neanche una goccia della soluzione reidratante e che in PS iniziano a farlo senza problemi. Il segreto? Sta nella capacità di saperla somministrare: fredda, magari con aggiunta di dolcifi-

cante (non saccarosio ovviamente), con metodo, vale a dire un cucchiaino ogni 5 minuti inizialmente. Ogni volta rimango sorpreso (e le mamme con me) dalla professionalità delle infermiere che propongono la ORS e dei risultati immediati che si ottengono e dei danni (mi passi questo termine) che si evitano: ospedalizzazione, uso improprio della reidratazione endovena (vedi ABC sulla diarrea acuta in questo numero).

E poi i farmaci e la rialimentazione. È davvero difficile credere che la rialimentazione precoce riduca la durata della diarrea molto di più di qualsiasi probiotico o caolino o altro ancora? No, non credo e per un semplice motivo: non si tratta di impressioni ma di studi, non singoli ma ripetuti, sempre nella stessa direzione favorevole. E su questo capita ancora di vedere che il mancato recupero del peso e il senso di malessere che ne consegue sono dovuti a diete incongrue che non durano 12, 24 o 48 ore ma una settimana o più!

Un progetto di lavoro serio potrebbe essere quello di verificare nella pratica ambulatoriale e nel PS l'applicazione e la resa di queste semplici regole, attraverso un progetto che ha finalità non tanto di audit ma di formazione del personale e informazione dei genitori.

Federico Marchetti

Tonsillite streptococcica: non trattare?

Talora la prolissità nell'esposizione può causare astio e irritabilità nell'interlocutore, per cui aggirerò il possibile "problema" sintetizzando molto la mia esposizione.

"E se fossi partito subito...tralasciando anche questa premessa...non saresti stato ancora più sintetico?"...direte voi. Osservazione acuta. Vado.

Poco tempo fa i pediatri dell'Emilia Romagna sono stati chiamati in un paio di convegni per discutere i risultati del Progetto ProBa (Progetto Bambini e Antibiotici), promosso dalla Regione riguardo all'uso (e "abuso") degli antibiotici nella terapia delle infezioni respiratorie nell'infanzia. Se ne prescrivono troppi (d'accordo) e spesso in modo irrazionale (giusto). Tra le discussioni seguite alle relazioni ha lasciato perplesso l'affermazione che la faringotonsillite da streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEA) è patologia autolimitante (vero) e che non vale la pena trattare in quanto anche con il trattamento il reumatismo articolare acuto (RAA), rarissimo ma possibile, non lo si previene ("in Scozia fanno così"). Sono rimasto un po' basito.

Ho "portato" la questione su "Forum Pediatria" dove il collega Marcello Berga-

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso: **Medico e Bambino, via S. Caterina 3 34122 Trieste. Tel 040 3728911 Fax 040 7606590**

È possibile l'invio anche per e-mail: redazione@medicoebambino.com

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni).

Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute, avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese la tabelle) per articolo. Si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate.

Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o per posta. Va indicato il nome dell'Autore, a chi inviare la corrispondenza, con n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al sesto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima e l'ultima pagina del testo, nell'ordine.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal Comitato Scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a tre **referee** esterni. Il giudizio del referee sarà comunicato all'Autore assieme con le conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e gli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale così come quello richiesto ai referee riguarda sia l'interesse e la validità dei contenuti sia la leggibilità dell'articolo e la sua fruibilità pratica da parte dei lettori.

La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni di **editing**, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore per approvazione.

Le **Pagine elettroniche** ospitano:

Contributi originali, suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte dei referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (vedi sopra). Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali. Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Lettere

mini ha condotto ricerche approfondite che hanno concluso ciò che poi ognuno in cuor suo sa o pensa di sapere. Lo SBEA in gola che dà sintomi va inevitabilmente trattato. Ma, a parte un vostro parere su questo (non dimentichiamo che "la fonte" che ha posto il busillisi dovrebbe essere "attendibile"...la Regione Emilia Romagna... mica Fra Cacchio da Velletri...), c'è un altro punto su cui non ho avuto risposte neppure dai colleghi di Forum.

Nell'otite media acuta (OMA), posto che sia in gioco nell'eziologia un emofilo (e quindi qui parliamo di emofili "non tipizzabili"), è vero che la percentuale di emofili produttori di beta-lattamasi è irrilevante? Le Case farmaceutiche dicono di no (logicamente), ma se così fosse (sempre nel caso si decida di "trattare" un'OMA con antibiotico), praticamente nelle infezioni respiratorie infantili verrebbe a cadere l'uso di antibiotici diversi dalla "amoxicillina-sola"...in quanto basterebbe poi aumentare la dose per coprire (oltre all'emofilo) anche il pneumococco.

Non ci sarebbe, almeno di primo acchito, più indicazione razionale alla prescrizione di amoxicillina + acido clavulanico né tantomeno di cefalosporine in tonsilliti, otiti, sinusiti e polmoniti (lasciando qui spazio ai macrolidi nei grandicelli). Un bel risparmio! Personalmente uso l'amoxicillina pura, però in otiti e sinusiti a volte nutro perplessità per questi benedetti emofili produttori di beta-lattamasi...

Voi che siete nella stanza dei bottoni... che ne pensate?

**Auro Della Giustina
Fornovo, Parma**

Ché si possa (si debba) non trattare la tonsillite da SBEA, giuro che non l'avevo mai sentito. Questo non vuol dire che non possa essere stato suggerito da qualcuno (o attuato, di fatto, come Lei riferisce in Scozia). È vero infatti che oggi il RAA è estremamente raro (max. 1 ogni 100.000 bambini da 5 a 18 anni/anno) e che il merito della sua quasi scomparsa va attribuita essenzialmente alle mutate condizioni socio-ambientali (alla ricchezza) e non certo all'esteso utilizzo degli antibiotici.

È infine anche vero che sono stati documentati con certezza casi di RAA anche in bambini che avevano fatto una adeguata terapia antibiotica. Ma è altrettanto vero che, se anche la faringotonsillite da SBEA guarisce da sola, con l'antibiotico guarisce in 12-24 ore e personalmente non rinuncerò mai a darlo. A sostegno di quanto dico vi sono i risultati degli studi clinici controllati che dimostrano che la terapia antibiotica rispetto al non trattamento è in grado di ridurre di circa 1/3 i casi di RAA (odds ratio=0,30; IC

95%: 0,20-0,45), i rari casi di complicanze suppurative e non suppurative e anche la durata della sintomatologia (anche se in modo modesto).

L'OMA (questa sì che possiamo far a meno di trattare, almeno nel bambino più grandicello)^{2,3} è causata nel 40-50% dei casi dal pneumococco, nel 20-30% dei casi dall'H. influenzae e nel 10-15% dei casi dalla Moraxella catarrhalis. Questi ultimi due germi, pur potenzialmente beta-lattamasi produttori, sono però scarsamente virulenti e pertanto l'OMA con questa eziologia ha elevate probabilità di risolversi spontaneamente (circa l'80% dei casi). Per questo motivo l'amoxicillina (magari a dose più alta per coprire anche i pneumococchi parzialmente resistenti) rimane saldamente l'antibiotico di prima scelta sia nell'OMA che nella sinusite (che è causata dagli stessi germi dell'otite).

In Italia, oltre tutto, la percentuale di H. influenzae beta-lattamasi produttori è relativamente bassa (più o meno 15%) e questo rende ancora più remota la probabilità di incappare in un germe resistente: un calcolo "spannometrico" che consideri la quota di OMA da H. influenzae che guarisce da sola e la percentuale di ceppi beta-lattamasi produttori, farebbe stimare al massimo in una o due otiti su 100 quelle che non guariscono con la sola amoxicillina. In questi casi, niente di male se anche dovessimo intervenire, in seconda battuta, con l'amoxicillina "protetta". Quest'ultima andrebbe considerata come prima scelta, nei bambini trattati di recente (1-2 mesi) con l'amoxicillina o nelle forme di infezione particolarmente gravi (bambino piccolo, altamente febbrile, con stato generale compromesso). Vedi anche le recenti linee guida dell'American Academy of Pediatrics³. Quest'ultima raccomandazione rappresenta comunque una misura cautelativa, in quanto non è stato dimostrato in studi clinici controllati una maggiore efficacia dell'amoxicillina + acido clavulanico rispetto alla sola amoxicillina nemmeno in questa categoria di bambini.

Giorgio Longo

Bibliografia

1. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev 2004;(2):CD000023.
2. Ronfani L, Conti Nibali S, Marchetti F, per il Gruppo di Lavoro OMA-ACP. Il trattamento sintomatico dell'otite media acuta: uno studio collaborativo in Pediatria ambulatoriale. *Medico e Bambino* 2002;21:170-78.
3. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113(5):1451-65.