

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.

Lettera a Pasquale Causa

Pasquale Causa era un pediatra di famiglia della vecchia guardia, che moltissimi conoscevano e che ha scritto più volte su questa rivista. Ci ha lasciato, improvvisamente. Lo ricordiamo nella pagina dell'Osservatorio e con questa lettera toccante di un caro amico, un altro pediatra napoletano, anche lui conoscitissimo, e collaboratore di M&B.

Carissimo Pasquale, so bene di scrivere più per me che per te. Del resto è sempre così. Ieri sono venuto al cimitero insieme ad altri - tutti quelli che, per quanto sia razionalmente assurdo, non ce la facevano a separarsi dall'ultimo barlume della tua terrenità ancora alla luce del sole. Ce ne stavamo tutti in piedi, in circolo intorno alla tua tomba coperta di fiori, in un mite e pacato silenzio che conciliava tutti con noi stessi e con il tuo acuto ricordo. D'un tratto ho alzato gli occhi verso una specie di alta e larga finestra tra le tombe allineate lungo il ballatoio dell'edificio che abbraccia per un tratto il campo dove noi ci trovavamo. Ed ecco apparire nel suo vano azzurro il candido e spumoso profilo di un rostro d'aquila. Poco a poco, guadagnando spazio con maestosa lentezza, essa mostrava l'intero capo robusto, e poi il forte contorno delle spalle, e poi il torso potente, diretta verso un punto lontano dello splendore teso sopra di noi. Poi ho visto te disteso sotto i fiori, silenzioso e in pace come mai ti ho conosciuto. Quieto, maestoso e pregno di senso come quell'aquila perentoria e potente. L'aquila del racconto di Vassilissa che tua figlia Roberta ci/ti ha letto in chiesa. Come un vento o una nebbia, due estese ali, piene di tutto questo, si levavano dagli orli della tua tomba sollevando verso l'alto te e noi tutti. Tu. Ormai silenzio. Ormai senso profondo e disteso. Tu ormai inesauribile, incorruttibile, stabile. Tu, ormai tutto e più nulla! Tu, Pasquale! Così qui per la prima volta ti ho visto e ti ho capito fino in fondo. Ho visto davanti a me la composta grandezza dell'idea che la tua spoglia mortale in terra ha espresso. Avevo amato e sofferto, credo, l'essere, come si dice, "pediatra di famiglia" in questo vanesio paese e in questa sgangherata città, che proprio non riescono ad amarsi e a rispettarsi.

Tante volte abbiamo condiviso questa passione, che portava entrambi a essere perennemente "contro". Ma ora, al cospetto della composta maestà che emana dalla tua tomba, al cospetto della sua stabilità, che immiseri-

sce ogni composta agitazione, al cospetto dell'abbagliante nitore della sua esaustiva perfezione, mi sento piccolo, infimo, schiacciato come ogni misero uomo deve sentirsi. Vedo che il morire nel fiore del tuo sacro furore è stato l'immenso premio di Dio all'amore espresso dalla tua terrena presenza - la gloria che invece altrimenti, forse, non ti sarebbe stata tributata allo stesso modo. E ringrazio il destino che mi ha fatto conoscere l'Uno abbagliante di Plotino, la sacra nudità di Simone Weil, l'amore assoluto di Agostino, l'umile grandezza di Pascal, e la gloriosa bassezza esaltata da Nietzsche, prima di assistere alla tua morte. Così pensavo lì davanti alla tua tomba...

Quante volte abbiamo parlato dei nostri sogni e delle nostre visioni! Tante volte, tu, con la tua ostinata, generosa e invadente dolcezza, hai cercato invano di sollevarmi dalla mia amarezza, dalla severa, quasi cattiva, determinazione, cresciuta in me con la delusione delle ardenti speranze che avevo avuto. Tu eri invece talmente infiammato d'amore per gli uomini che di fronte alla mia intransigenza, sei giunto a minacciarmi. "Ti attaccherò", mi hai urlato un giorno, e sono certo che poco mancò che mi mettessi le mani addosso - mentre io mi dibattevo invano tra gli infidi e torbidi marosi della vita sindacale.

Non la penso diversamente neanche adesso, dopo la tua morte, e ancora, sempre, perso nella mia amarezza, non ho cambiato né cambierò le mie idee. E tuttavia perché ho smesso di ascoltarti? Ora vedo che il tuo era amore, lo strapotere dell'amore che in te cantava incessante. Non potevi ammettere che si potesse voler costringere, impedire, bloccare, tagliare, punire, inchiodare alle proprie responsabilità, come io invece volevo e voglio! Dove io pensavo, come penso, che esistesse l'obbligo di ineliminabili condizioni preliminari, tu hai saputo lottare con le nude mani armate della sola forza dell'amore. Continuerò a dare torto a chi professa le tue stesse prudenze e inibizioni, ma vedrò che non sono come le tue. In te c'era la purezza innocente dell'amore che si consegna; in essi c'è il veleno maligno e fangoso dello scaltro tornaconto, del furbo ammicciare alla "tendenza" più popolare. Che irripetibile nobiltà d'animo la tua al confronto di tanta generale bassezza! Tu sapevi amare come generalmente si cerca di amare. Io no. La vita e la mia anima mi hanno insegnato un altro, più difficile, amore, nel quale continuo a credere più fermamente che mai. È il mio difficile e solitario cammino nella vita. Il mio ingrato compito di eterno incompreso. A te la professione aveva insegna-

to quel caldo amore, a me invece la lucida e levigata durezza dello strumento di chi, come Zarathustra, pretende di scolpire l'uomo nel blocco di marmo in cui è seppellito. Anche questo è amare, anche se è molto più difficile capirlo e crederlo. E soprattutto proclamarlo.

Lo testimonia il grande Agostino: "Non credere di amare il tuo servo, quando non lo picchi; di amare tuo figlio quando non gli imponi un certo modo di vita; oppure di amare il tuo vicino, quando non lo rimproveri. Questo non è amore, ma debolezza. L'amore sia fervido nel correggere e nel liberare dai difetti... Non amare l'errore nell'uomo, ma l'uomo... L'amore infierisce... L'amore colpisce, mentre l'iniquità blandisce". Tu sapevi scusare, accettare, accogliere, abbracciare. Io no. La mia vocazione era un'altra. Facevo e pensavo, come penso e faccio ancora, ciò che qualcuno comunque deve fare su questa terra.

"L'amore colpisce, mentre l'iniquità blandisce" - quante volte l'ho detto, a parole mie, a proposito. Così sono stato appassionato, irruente, visionario, rompiscatole, invadente-sconclusionato, proprio come te. Perciò ti scrivo questa lettera, prima che il turbine della vita mi/ci allontani di nuovo da te, dalla tua tomba. In fondo volevamo le stesse cose, e condividevamo più o meno la stessa disarmata e infamante purezza. Quella dei "poveri" interiormente. Di chi pratica la piccolezza nel disinteresse. Abbiamo, allo stesso modo, sognato di rendere più chiaro, forte e nitido il profilo di una figura professionale sempre cronicamente stato scialbo e confuso. Abbiamo auspicato, allo stesso modo, che il "pediatra di famiglia" non fosse solo la mera base di una piramide rivolta a scopi più "alti" della sua umiltà - un "utile idiota" - ma una figura forte, autorevole, efficiente, efficace. Come tu, e i tuoi valorosi colleghi di studio, dimostravate a tutti che si poteva essere. E soprattutto l'abbiamo fatto in vista di uno scopo moralmente alto, quello che ci fosse qualcuno, nel luogo da noi occupato, che salvaguardasse gli interessi del bambino. Ma la battaglia non è stata vinta e, credo, non lo sarà. Perché noi stessi, i "pediatra di famiglia", in fondo non lo vogliamo! Abbiamo fatto cose simili con idee, gusti, e sensibilità diversi, talvolta diametralmente opposti. Tu non mancavi di rimproverarmi la mia ostinata crociata contro l'"acuto-banale". Fu per questo che volesti quasi picchiarmi. Ed è per questo che mi penso, come credo molti di noi, di non essere più stato capace di ascoltarti. Il tuo cuore continuava a ospitare sogni, idee, progetti, e io invece mi ritiravo nel distacco. Anche questo era il mio compito, diverso dal tuo. Ma so che

Lettere

ora tu potrai finalmente capirmi, così come io sono in grado di capire finalmente te.

Quante volte ne abbiamo parlato insieme! Quante volte abbiamo sognato insieme! Quante volte ci siamo indignati insieme per ciò che resisteva ai nostri sogni, boicottandoli e deridendoli!

Dopo la tua morte non potrò sentirmi più lo stesso, neanche nelle mie convinzioni - che ormai da tempo, catturato da altri sogni, visioni e progetti, preferisco tenermi per me -. Ormai per me non potrà più esserci che un "prima e dopo Pasquale Causa". Confesso di sentirmi triste anche se sono più che fermamente convinto, come tua figlia Roberta, che tu sei vivo, più che mai vivo. Non posso vincere questa tristezza, come non sconfesso l'amarezza che mi ha indotto al distacco in campo professionale. Sono stato anch'io in fondo codardo, mentre tu intrepido e inflessibile, sei restato nobile e fermo nella tua battaglia. E tuttavia è una codardia e una bassezza che non sconfesso e di cui intendo ancora in qualche modo vantarmi. Qualcuno doveva farlo. Qualcuno doveva esprimere il suo lutto per i sogni infranti, infangati e resi irrealizzabili da molti, troppi, forse la maggior parte di noi. Qualcuno doveva alzare finalmente la bandiera bianca come un simbolo, invece di continuare a partecipare a una ritirata travestita da avanzata. Qualcuno doveva dire: "così non si può!" E così, con questo stesso lutto nel cuore rimpiango te, la tua nobiltà, la tua purezza, la tua forza, la tua visionarietà, la tua grandezza. Irripetibili!

Ci sono, certo, diversi altri che credono, lottano e sanno "vedere" in modo simile a te. Ma troppo, troppo pochi, perché la battaglia sia vinta. E non in un modo così forte, così irruente, così disinteressato, così grande e nobile come il tuo. Comunque nessuno come te! E tutte queste tue virtù, nel silenzio immobile di quella tomba, in cui ogni turbino, ogni rumore, ogni scomposta agitazione riposano, diventano infine ormai altera e serena maestà. Compostezza classica. Icona incancellabilmente sacra da venerare nel nostro ricordo. Questo pensavo mentre me ne stavo in piedi con gli altri intorno alla tua tomba e mentre quell'aquila con il tuo profilo passava altera e potente nel vano della finestra. E mi sono d'un colpo ricordato della passeggiata che facemmo insieme, noi due soli, per festeggiare la specializzazione in pediatria e la liberazione dalle angherie subite da Luigi Greco. Era una giornata di giugno e tutto splendeva come oggi e ieri, il giorno in cui sei morto. Insieme risalimmo i sentieri da Baiano fino al Santuario di Montevergine, passando per pianori arcadici con prati verdi, fonti gorgoglianti, armenti e pastori dormienti, mentre il nitore dei raggi dorati grondava dalle foglie perdendosi nello stesso fulgido azzurro di oggi. E mi ripeto le parole pronunciate del collega Saitta dal pulpito della Chiesa delle Grazie a Pozzuoli, davanti alla tua ba-

ra, il cinque di dicembre del duemilaesette: "Caro Pasquale, come faremo senza di te?!" Il tuo caro amico Vincenzo

Vincenzo Nuzzo
Pediatra di famiglia, Napoli

Diritto al cuore

Nel marzo 2006, Emergency ha dato avvio alla campagna "Diritto al cuore" per costruire un ospedale di Cardiocirurgia in Sudan, un centro di eccellenza per garantire cure altamente specializzate e gratuite ai malati del Sudan e dei nove Paesi confinanti. Il 19 aprile 2007 lo staff di Emergency ha operato la sua prima paziente: Sunia, una ragazza di 14 anni, che non avrebbe avuto altra possibilità di essere operata gratuitamente da uno staff altamente specializzato. Oggi, perché il Centro "Salam" possa continuare a crescere, Emergency ha ripreso la campagna "Diritto al cuore": dal 1° al 31 ottobre sarà possibile inviare un SMS al numero 48587 del valore di 1 euro per tutti gli utenti Tim, Vodafone, Wind e 3 Italia oppure effettuare allo stesso numero una chiamata da rete fissa Telecom Italia del valore di 2 euro.

Emergency
Human Resources, Milano

Ormai il 31 ottobre è passato, ma l'ospedale di Karthoum resta e i bisogni di Emergency, che vive del sostegno dei "laici", di volontariato e di sostegni non governativi, resteranno e cresceranno.

A sostegno di questa "campagna informativa" vorrei aggiungere questa mia testimonianza (già apparsa più tempestivamente nel blog e che ora ripropongo per il cartaceo).

L'ospedale di Emergency a Karthoum è bellissimo, come tutti gli ospedali di Emergency. Bellissimo questo e bellissimi gli altri, nella loro semplicità, nel loro adattamento all'ambiente, nella loro essenzialità, anche nell'assenza di sprechi. Penso che anche la loro forma sia un messaggio di grande civiltà, oltre che un messaggio di amore. Questo poi di Karthoum è anche iper-geniale. Un ospedale che riesce ad avere il freddo necessario in sala operatoria per gli interventi a cuore aperto in ipotermia al centro di uno dei posti più caldi del mondo, il Sudan, e come? Troppo semplice, con i pannelli solari che alimentano tutta la avanzata tecnologia del sistema. Ma una Cardiocirurgia al centro dell'Africa, dove manca il pane? Sì, ma ogni malato è un malato. E veramente, e forse incredibilmente, i pazienti che più stringono il cuore, in Africa, sono proprio i pazienti cardiopatici, pazienti per i quali si arriva, spesso, a fare una diagnosi sufficientemente precisa, e poi, sulla diagnosi, una prognosi: un anno, tre anni, dieci anni. Il tempo che resta da vivere. Certo, gli afri-

cani, i genitori africani, hanno un altro cuore, diverso dal nostro. Sanno essere rassegnati. Sanno, meglio di noi e più concretamente di noi, che tutti dobbiamo morire, specialmente un bambino. Anche per questo, meglio di noi, sanno vivere. In questo senso andare "diritto al cuore", o insegnare il "diritto a un cuore", può essere inteso come andare contro natura. Ma andare contro natura è una cosa che fa parte del nostro essere medici. E se andare secondo natura volesse dire accettare l'idea che l'interesse è il principale motore delle attività umane, e anche del progresso, allora è possibile che andare contro natura corrisponda ad andare secondo una natura più nascosta, più segreta e migliore.

Franco Panizon

Per obbligo o per scelta?

La discussione sull'abolizione dell'obbligo vaccinale sarà di sicuro uno dei temi caldi che la pediatria italiana si troverà ad affrontare nel futuro prossimo. L'ACP con molta tempestività ha voluto porre questo tema al centro di un seminario tenutosi a Roma il 14 settembre scorso.

Unanimente sono stati riconosciuti gli indiscutibili meriti storici dell'obbligo nella diffusione di una cultura vaccinale ormai entrata nel sentire comune; allo stesso tempo tutti hanno riconosciuto che il diritto del cittadino di aderire alle scelte sanitarie che lo riguardano per personale convinzione e non per coercizione è ormai inalienabile, per cui il criterio dell'obbligatorietà appare oggi culturalmente superato.

A questo punto sono cominciate a emergere le differenze interpretative tra due modi concettualmente diversi di intendere le vaccinazioni e, in particolare, quelle gestite dalla Sanità Pubblica.

Da un lato è emersa l'interpretazione secondo cui lo Stato (o la Regione) deve limitarsi a garantire l'accesso gratuito e volontario di tutti i cittadini a tutte le vaccinazioni "licenziate" e messe sul mercato dagli enti di controllo; è giudicato iniquo solo ogni genere di limitazione dell'offerta, anche in considerazione del fatto che i costi sono in ogni caso molto limitati, se paragonati alla spesa sanitaria complessiva.

Secondo questa interpretazione, una volta che i vaccini sono stati messi sul mercato (che significa che sono stati giudicati sicuri ed efficaci da un ente di controllo), bisogna solo preoccuparsi che tutti abbiano la possibilità di accedervi gratuitamente. Nessun cenno a nessun tipo di priorità tecnica, organizzativa o strutturale. Seppure con una piccola gradazione di termini, questa posizione è stata difesa dai rappresentanti di Stato e Regioni.

L'altra interpretazione, sostenuta anche qui con una certa gradazione dagli operatori

In caso di terapia antibiotica, si ricordi di Enterogermina.

e dalle società scientifiche (SIP e ACP, la FIMP pur invitata era assente, la SISMI ha mandato un messaggio), invita a considerare maggiormente il valore collettivo e di comunità insito nelle vaccinazioni: prima di pensare ai diritti diciamo "aggiuntivi" (peraltro riconosciuti giusti) della parte "forte" della popolazione, si chiede di fare in modo di garantire i molto più impellenti diritti di base dei soggetti "deboli" che diversamente continueranno a vedere crescere il loro divario di opportunità. In una parola si chiede di procedere nel rispetto del principio di priorità: essendo impossibile avere tutto e subito, graduare gli interventi secondo una scala di importanza. In questo modo è possibile che l'eventuale scelta di abolizione dell'obbligo diventi una buona opportunità PER TUTTI: pensare ad assicurare nei fatti e prima di fare passi importanti come la giusta abolizione dell'obbligo o interventi di modifica-ampliamento del calendario pubblico, l'adeguamento di Servizi e Strutture vaccinali agli standard di eccellenza in tutti gli angoli della purtroppo variegata Italia. Tutti infatti riconoscono che è indispensabile avere un monitoraggio epidemiologico delle patologie, dei tassi di copertura, delle reazioni avverse; un'anagrafe aggiornata e crociata; personale formato adeguatamente e motivato; strumenti di informazione al pubblico efficaci; sperimentati canali di comunicazione tra centro e operatori; sistemi di sorveglianza attiva per monitorare le eventuali patologie da rimpiazzo...

Un Servizio così strutturato probabilmente è capace di garantire tassi di copertura elevati e stabili anche senza ricorrere all'obbligo; sarebbe capace non solo di "ammortizzare" l'esistenza dei (pochi) obiettori per scelta, ma garantirebbe a tutti di poter esercitare con convinzione il proprio diritto ad essere vaccinato (questo è il significato più vero e più nobile dell'abolizione dell'obbligo vaccinale!).

Nella vita reale invece non è sempre così: ci sono posti in cui le strutture non sono conformi a questi livelli; in cui sono carenti finanche da un punto di vista igienico; posti in cui le coperture sono già oggi a rischio e (come recentemente è successo per il morbillo, ma potrebbe succedere per difterite, tetano, polio...) permettono il ripresentarsi di patologie che non dovremmo più vedere. Ovviamente, per il noto e infallibile principio di epidemiologia clinica secondo cui piove sempre sul bagnato, i più esposti a questi rischi sono i soggetti deboli, quelli che per ignoranza, ignavia, sospetto verso le proposte di una società che non è vissuta come amica, non hanno le conoscenze e la consapevolezza che permette di esercitare con convinzione questo diritto.

Il rischio concreto (e intollerabile in una società civile) è che, per voler assicurare "tutto" ai soggetti "forti" prima di garantire l'indispensabile ai soggetti "deboli", si può diventa-

Materiale di informazione scientifica depositato presso AIFA il 20/10/2004



Enterogermina®
2 MILIARDI/5ml

Poliantibiotico resistente.


sanofi aventis
La salute, la cosa più importante

Lettere

re una sorta di Robin Hood alla rovescia, togliendo ai poveri per dare ai ricchi.

Interpretazioni diverse che meritano confronti seri. I confronti si possono fare solo quando si legittima la parte dialetticamente contrapposta, ma qualcuno ha dimostrato di avere ancora delle difficoltà nel sostenere questo confronto. Peccato. Speriamo che nella discussione (già in corso) sul nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione questa parte non sia prevalente e si possano assumere decisioni più chiare, coerenti, condivise e prese su dati realmente validi e indipendenti da conflitti di interesse diversamente da quanto fatto con il Piano Nazionale Vaccini precedente.

È paradossale che, nel corso della discussione, siano stati annunciati come imminenti, anni dopo la sua introduzione in calendario, la partenza della sorveglianza nazionale sulla patologia invasiva da Pneumococco e l'acquisizione di dati attendibili sull'impatto di queste patologie, con un rovesciamento di termini e procedure che non solo è clamoroso ma resta ancora incomprensibile.

Rosario Cavallo
Pediatria di famiglia, Lecce

Incomprensibile? Troppo buono. Io credo invece che nell'attuale regime di Sanità-delle-Regioni, incomprensibile sarebbe soltanto una comprensibile gestione delle risorse: saremmo di fronte a una Sanità-della-Regione.

Franco Panizon

Self help di una febbre da causa sconosciuta

Dopo aver letto l'articolo sul "self help" di L. Reggiani sul numero di giugno (*Medico e Bambino* 2007;26:370-4) e dopo aver riletto quello citato di S. Miceli Sopo, comparso su *Area Pediatrica* di febbraio 2004, mi sono ricordato di ciò che riporta la nostra rivista sul n. 5/1998, a pag. 319, e cioè che "non solo l'esame microscopico, ma anche l'esame organolettico delle urine perfettamente trasparenti permettono di escludere l'infezione urinaria con un valore predittivo negativo del 100%". Con la segnalazione, ripresa da *Lancet*, veniva rimarcato che si trattava di un segno forte e che pertanto "era (quasi) inutile fare un esame di urine e quasi certamente sbagliato sospettare una infezione urinaria se le urine erano perfettamente limpide".

Mi domando pertanto se la semplice osservazione delle urine e, a maggior ragione, se la raccolta avviene con il nuovo sistema Pronturina (del quale si vorrebbe conoscere l'indirizzo della casa produttrice) e magari con il maggior supporto del dosaggio a fresco delle esterasi leucocitarie e dei nitrati tramite la striscia reattiva (che non dovrebbe mai mancare, non solo in ambulatorio, ma anche

nella borsa del pediatra in visita domiciliare), non possa rappresentare un metodo semplice e assolutamente sicuro per la diagnosi negativa dell'infezione delle vie urinarie.

Ritengo che, di fronte ai piccoli pazienti con febbre di origine sconosciuta, sarebbe opportuno partire da questa diagnosi di esclusione, ottenuta in modo semplice e pratico, che probabilmente ci farebbe assistere a un marcato abbassamento della prevenzione delle IVU nei bambini della prima infanzia.

Francesco Attisani
Pediatria di famiglia, Feltrina (BL)

Sicuramente sì. Sicuramente d'accordo. Penso però che sia molto importante il contesto. Se io fossi nella impossibilità (ambulatorio in zone disagiate) di dover far fronte a una reale limitazione delle risorse, sarei costretto a dover valutare tutto con il minimo della spesa. Ma l'utilizzo dello stick al giorno d'oggi si impone, sia comunque per il basso costo che per i rilievi a suo sostegno della letteratura. La valutazione della torbidità dell'urina nel sospetto di infezione non ha tutte quelle conferme, basandosi solo su pochi lavori (fondamentalmente quello riportato sul Lancet nel 1994).

L'urinocoltura ambulatoriale è un lusso. Ma è semplice da fare e dà qualche soddisfazione professionale in più (a volte aiutano anche quelle). La Proteina C nel caso specifico, sì, è utile, mi aiuta (come riportato anche nella revisione sistematica), sempre inserita nel contesto clinico (non l'avrei fatta se Margaux fosse stata in un buono stato generale).

Per il Pronturina si può consultare il sito www.quimark.it.

Lamberto Reggiani
Pediatria di famiglia, Imola

Mi permetto di rispondere anch'io, sia perché coinvolto nell'affermazione relativa alle urine trasparenti, sia per la lunga amicizia epistolare col dott. Attisani, certamente il più antico (non è un'offesa) e attento corrispondente di questa rubrica (ma come ha fatto a trovare questa citazione, nascosta in un bel l'articolo a firma A. Ventura e G. Longo, che è in realtà anche la sintesi di una presentazione/discussione a Confronti in Pediatria?).

*Sì, io credo di aver sprecato molti interventi, molte citazioni (su *Novità in Pediatria*), molta carta scritta (anche su *trattati di pediatria*) per ribadire queste banalità: che l'infezione urinaria acuta senza leucocituria importante è un'assoluta eccezione (salvo forse nel primo mese); che il test delle esterasi su stix ha un altissimo valore predittivo negativo; che anche la semplice ispezione delle urine permette, se non di affermare (l'urina può essere torbida anche senza leucocituria), almeno di escludere l'infezione urinaria in tutti i casi in cui l'urina è perfettamente limpida (ricerca pubblicata su *Lancet*, ancora molti*

anni fa); che l'urinocoltura, in assenza di clinica significativa, ha poco senso, e in presenza di clinica significativa può anche essere superflua.

Certo, queste affermazioni possono apparire stonate in un tempo di medicina basata sulle sicurezze, e posso comprendere, e anche in parte condividere, le perplessità che possono suscitare. Tuttavia, presumo sempre di parlare a un pubblico intelligente, e nello specifico a medici che sanno fare i medici. Nessun esame dà la sicurezza di niente (nessun esame è "assolutamente sicuro"), né in positivo né in negativo: tanto meno un non-esame come l'ispezione delle urine (ma non la dà nemmeno una urinocoltura). La diagnosi è l'atto finale o intermedio in un contesto clinico, che nel caso dell'infezione urinaria è usualmente molto semplice ma che in singoli casi può essere complesso, e può richiedere quel tanto di elasticità che ogni medico deve possedere. Certamente ogni affermazione, anche quelle che ho appena fatte e ribadite, comporta delle eccezioni, e vanno quindi intese con buon senso e, soprattutto, nel migliore interesse del paziente.

Franco Panizon

Cure palliative pediatriche: un'altra esperienza

Abbiamo letto con attenzione l'articolo di Benini e coll.¹ sulle cure palliative pediatriche di bambini che soffrono di patologie incurabili. Utili e interessanti ci sono parse le informazioni epidemiologiche sui dati nazionali e internazionali, la distinzione nosologica dei pazienti pediatrici eleggibili a tali cure, così come la differenziazione dei modelli residenziali e domiciliari, nonché il percorso di presa in carico proposto in Veneto. Condividiamo pienamente la volontà delle famiglie che i loro figli vengano seguiti il più possibile a casa, ma anche il fatto che nessuno dei modelli gestionali da solo rappresenta il modello migliore e che quindi è necessario, come sempre, di fronte a un problema difficile, un approccio multidisciplinare¹.

Ci paiono, però, opportune alcune precisazioni. Le Autrici hanno evidenziato come in Italia siano in atto "solamente" tre esperienze pilota in tal senso, quelle di Genova, Milano e Padova, appunto. Scriviamo in qualità di pediatri ospedalieri che si sentono inseriti in un "invisibile" modello multidisciplinare con una funzione quasi di "mediazione" delle svariate forze chiamate in gioco, che vanno dal Centro di riferimento (il 3° livello, per intenderci) fino al personale dell'assistenza domiciliare, al pediatra di famiglia, ai genitori. Anche nel nostro caso, pur mancando la formalizzazione di un Centro Regionale di Cure Palliative Pediatriche, si fanno riunioni attorno a un tavolo, includenti almeno i rappresentanti delle entità di cui sopra, con la presenza del paziente,

quando possibile. Il dolore fisico proviamo a gestirlo con l'aiuto degli anestesisti del nostro ospedale, sempre disponibili a scegliere gli analgesici più giusti, le loro dosi e modalità di somministrazione, che poi verranno usati a casa del bambino da noi ma soprattutto dal pediatra di famiglia. Capiamo come la comunicazione fra i vari professionisti in causa possa essere scarsa¹. Noi abbiamo provato a superare questo ostacolo senza l'ausilio del "futuristico" collegamento telematico proposto dall'esperienza australiana², ma semplicemente con quello telefonico, che ha sempre trovato, dall'altra parte della cornetta, personale disponibile e molto qualificato, e con la creazione di un indirizzo di posta elettronica dedicata, che ha reso immediata e ordinata la comunicazione (pensiamo alle lettere di dimissione dei pazienti oncologici, sempre inclusive di dettagliato programma diagnostico/terapeutico a breve termine, che ci giungono dal Centro di 3° livello).

La nostra, forse, è "un'isola felice". Sicuramente non vogliamo essere modello né esempio per nessuno, ma abbiamo scritto solo per riassumere la nostra esperienza e magari fare da portavoce di altre realtà ospedaliere pediatriche italiane simili alla nostra che sicuramente esistono e che lavorano bene ed in silenzio. Importante è stato recentemente constatare (maggio-giugno 2007) che qualcosa si

sta muovendo sia a livello legislativo/normativo sia a livello scientifico in Italia³ e verificare che ciò avviene anche nella nostra regione, il Friuli-Venezia Giulia (fine settembre 2007). In particolare, l'Azienda per i servizi sanitari⁴ "Medio Friuli" ha varato un progetto mirato a "rafforzare l'assistenza domiciliare integrata a favore delle persone con breve aspettativa di vita, evitando l'ospedalizzazione e favorendo il mantenimento dell'assistito a casa propria". Tale programma prevede la possibilità di un incremento, quando necessario, delle visite domiciliari da parte dei medici di base e dei pediatri di famiglia e addirittura la compilazione di un diario clinico da lasciare a casa del paziente⁴. Concludiamo, implementando le ultime righe scritte da Benini e coll.¹, per cui oltre a preparazione e organizzazione c'è, secondo noi, un altro "pilastro necessario per modificare una situazione sottovalutata e dimenticata": la buona volontà.

Bibliografia

1. Benini F, Ferrante A, Facchin P. Neonati e bambini "incurabili" e cure palliative. *Medico e Bambino* 2007;26:449-52.
2. When children die: improving palliative and end of life care for children and their families. Institute of Medicine of the National Academies, 2003.

3. Benini F. Terapie contro il dolore e cure palliative. *Pediatria notizie* 2007;3:3.

4. http://portale.ass4.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=62&_dad=portal34&_schema=PORTAL34.

Massimiliano Don, Bruno Sacher
UOC di Pediatria, PO "Sant'Antonio"
San Daniele del Friuli, Udine

Il modello, che parte dall'organizzazione delle cure domiciliari ai casi gravissimi, potrebbe essere esteso a tutti i bambini con bisogni speciali. Mi permetto di citare una recente pubblicazione, che viene dagli Stati Uniti, paese certo non caratterizzato da una medicina a forte impronta sociale, di una esperienza-modello di gestione congiunta di questi bambini (Centro di 3° livello e medico di famiglia), con vantaggi sulla qualità della gestione, ma anche, siamo in America, sui costi. Anche qui, occorre buona volontà, che qualcuno (i Centri?) si faccia parte diligente, si muova, guidi le convergenze, dedichi del tempo al problema. Forse sarebbe il modo per rivalutare la pediatria di famiglia, collocandola in un contesto professionale più complesso e impegnativo, e in un "vero" sistema di continuità assistenziale.

Franco Panizon

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO ENTEROGERMINA

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE ENTEROGERMINA 2 miliardi / 5ml sospensione orale ENTEROGERMINA 2 miliardi capsule rigide **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Un flaconcino contiene: Principio attivo: Spore di *Bacillus clausii* poliantibiotico resistente 2 miliardi. Una capsula rigida contiene: Principio attivo: Spore di *Bacillus clausii* poliantibiotico resistente 2 miliardi. Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.3. **FORMA FARMACEUTICA** Sospensione orale. Capsule rigide. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disvitaminosi endogene. Terapia coadiuvante il ripristino della flora microbica intestinale, alterata nel corso di trattamenti antibiotici o chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-enteriche dei lattanti, imputabili ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disvitaminosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: 2-3 flaconcini al giorno o 2-3 capsule al giorno; bambini: 1-2 flaconcini al giorno o 1-2 capsule al giorno; lattanti: 1-2 flaconcini al giorno. Flaconcini: somministrazione ad intervalli regolari (3-4 ore), diluendo il contenuto del flaconcino in acqua zuccherata, latte, the, aranciata. Capsule: deglutire con un sorso d'acqua o di altre bevande. Specialmente nei bambini più piccoli, in caso di difficoltà a deglutire le capsule rigide, è opportuno impiegare la sospensione orale. **4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti). **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** **4.4.1 Speciali avvertenze** L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei flaconcini di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus clausii*: non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il flaconcino prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione** Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Non esistono preclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari** Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** Non sono stati segnalati, sino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** **Categoria farmacoterapeutica: A07FA49 microrganismi antidiarroici** ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus clausii*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus clausii* grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministrazione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus clausii*. Essendo, inoltre, il *Bacillus clausii* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del clausii. Inoltre il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire e l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: penicilline, cefalosporine, tetracicline, macrolidi, aminoglicosidi, novobiocina, cloramfenicolo, tiamfenicolo, lincomicina, isoniazide, cicloserina, rifampicina, acido nalidixico e acido pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Flaconcini: Acqua depurata. Capsule: Caolino, Cellulosa microcristallina, Magnesio stearato, Gelatina, Titanio diossido (E171), Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** Flaconcini Stabilità a confezionamento integro: 2 anni. Stabilità dopo apertura del flaconcino: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. Capsule Stabilità a confezionamento integro: 3 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Flaconcini: nessuna. Capsule rigide: conservare a temperatura inferiore a 30°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Flaconcini Astuccio di cartone litografato contenente 10 o 20 flaconcini. Capsule Astuccio di cartone litografato contenente 1 o 2 blister da 12 capsule cadauno. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione** Flaconcini: agitare il flaconcino prima dell'uso. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** sanofi-aventis S.p.A. Viale L. Bodio, 37/b IT-20158 Milano (Italia). **8. NUMERI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Confezione di 10 flaconcini AIC 013046038 Confezione di 20 flaconcini AIC 013046040 Confezione di 12 capsule AIC 013046053 Confezione di 24 capsule AIC 013046065 **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Confezione di 10 flaconcini: 14 novembre 2001/30 maggio 2005 Confezione di 20 flaconcini: 14 novembre 2001/30 maggio 2005 Confezione di 12 capsule: 9 dicembre 2004/30 maggio 2005 Confezione di 24 capsule: 9 dicembre 2004/30 maggio 2005 **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Gennaio 2007