

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.

DIBATTITO: LA FORMAZIONE DELLO SPECIALIZZANDO IN PEDIATRIA PRESSO GLI AMBULATORI DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA

A seguito della pubblicazione del focus "Insegnare nell'ambulatorio del pediatra di famiglia" a giugno, si è aperto un interessante dibattito in merito all'articolo di Gianluca Tornese (pag. 374) fra il gruppo di pediatri di famiglia-tutor di Trieste, Alessandro Ventura, che ha promosso e coordinato lo studio in oggetto, Giovanni Simeone e Marina Meyer, che sono stati pediatri di famiglia-tutor l'uno presso il suo ambulatorio di Mesagne (Brindisi) e l'altra a Napoli.

Vi invitiamo a seguire la discussione e a intervenire dicendo la vostra, collegandovi on-line alla sezione Dibattiti sulla nostra homepage: www.medicoebambino.com.

Essere su Facebook

Medico e Bambino è su Facebook. È una scelta sulla quale varrebbe la pena di fermarsi a pensare.

1. Pensare a quale senso abbia una Sanità che propone agli operatori dei corsi sul mitico, nuovo (?), web 2.0 ma che impedisce l'accesso a Facebook o a YouTube dai PC aziendali (tante volte si distraessero con i video del *New England Journal of Medicine*, o a qualcuno venisse in mente di usare Facebook come strumento per far crescere uno studio multicentrico internazionale!).

2. Pensare alla prevedibile incoerenza di medici e dirigenti apparentemente consapevoli della centralità della comunicazione come aspetto di cura, ma che al solo sentire parlare di Twitter o di Delicious alzano il sopracciglio o si vantano pubblicamente di non conoscerli neanche.

3. Pensare a un'editoria scientifica (?) che non sa che pesci pigliare; che anche nelle sue migliori espressioni ancora non ha capito se debba essere il lettore a pagare per leggere o l'Autore a pagare per scrivere (basti vedere l'editoriale del *BMJ* di agosto scorso che contrabbanda per "sperimentazione" una preoccupante indecisione).

Ragionare, riflettere potrebbe convincere che "essere su Facebook" è una scelta politica; non per "abitare la mediocrità del presente", ma per rendersi disponibili a misurarsi con le attese, i rancori, i desideri della gente, dei ragazzi, dei loro genitori. E a farlo negli spazi e nei modi in cui questi sentimenti si manifestano e si confrontano.

Facendo affiorare (almeno) il sospetto che anche questo sia cura, comunicazione, editoria.

Luca De Fiore
Direttore del Pensiero Scientifico Editore

Uso del ceftriaxone e resistenze batteriche

Abbiamo letto con interesse l'articolo di F. Marchetti¹ sull'uso del ceftriaxone in Italia, e condividiamo l'opportunità di attirare l'attenzione su un argomento vitale quale l'utilizzo razionale dei farmaci antibatterici. Concordiamo con le considerazioni dell'Autore riguardo ai rischi di un utilizzo errato degli antibiotici (e del ceftriaxone nel caso specifico), ma riteniamo utile spostare l'attenzione su un altro aspetto del problema.

L'utilizzo di un antibiotico è per definizione un fattore favorente l'insorgenza di resistenze batteriche allo stesso farmaco e ad altre molecole più o meno correlate. Il rischio è tanto più alto quanto più l'utilizzo è scorretto riguardo a indicazioni, dosaggi e vie di somministrazione. Il diffondersi di ceppi batterici resistenti agli antibiotici rappresenta un problema clinico importante, che condiziona in maniera rilevante le opzioni terapeutiche disponibili. Va tenuto presente che la ricerca farmacologica in campo antibatterico è attualmente piuttosto stagnante, con poche molecole nuove all'orizzonte. Ne consegue la necessità di tenersi cari gli antibiotici disponibili, ritardando il più possibile la diffusione di ceppi resistenti.

Per venire al caso specifico, l'utilizzo del ceftriaxone (e di tutte le cefalosporine) rappresenta, insieme all'uso dei fluorochinoloni, il primo fattore di rischio per l'insorgenza di *Enterobacteriaceae* produttrici di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL)², enzima che conferisce resistenza a tutte le cefalosporine e che, in molti casi, è associato a resistenza ad altre classi, quali chinoloni, aminoglicosidi, trimetoprim/sulfametossazolo, tetracicline³. È stato dimostrato come la prevalenza di ceppi produttori di ESBL sia proporzionale all'utilizzo delle cefalosporine di terza generazione, e come una limitazione al loro utilizzo sia in

grado di ridurre l'incidenza di ceppi resistenti⁴.

Non stiamo parlando di uno scenario ipotetico e lontano, ma di una situazione già presente che condiziona le strategie terapeutiche e l'esito di infezioni nosocomiali e comunitarie. In alcune casistiche, ormai datate di qualche anno, sono state registrate percentuali di *E. coli* o *Klebsiella* spp. produttori di ESBL attorno al 10%⁵, ed è probabile che negli ultimi anni la percentuale sia in aumento.

Diventa quindi indispensabile uno sforzo comune per migliorare la qualità della nostra prescrizione antibiotica, nel bambino come nell'adulto; in quest'ottica troviamo assolutamente condivisibili e da incoraggiare le proposte fatte da Marchetti, che potrebbero rappresentare un primo passo di un percorso virtuoso dal quale avremmo da guadagnare tutti: pazienti, medici e Sistema sanitario.

Bibliografia

1. Marchetti F. Uso del ceftriaxone in Italia: inappropriato e non esente da rischi. Un'occasione per cambiare. *Medico e Bambino* 2010;29:315-6.
2. Zahar JR, Lortholary O, Martin C, Potel G, Plesiat P, Nordmann P. Addressing the challenge of extended-spectrum beta-lactamases. *Curr Opin Investig Drugs* 2009;10:172-80.
3. Palagas ME, Karageorgopoulos DE. Extended-spectrum beta-lactamase-producing organisms. *J Hosp Infect* 2009;73:345-54.
4. Patterson JE. 426S Antibiotic Utilization: Is There an Effect on Antimicrobial Resistance? *Chest* 2001;119:426S-30S.
5. Coque TM, Baquero F, Canton R. Increasing prevalence of ESBL-producing *Enterobacteriaceae* in Europe. *Euro Surveill* 2008;13:p19044. Review. Erratum in: *Euro Surveill* 2008;13:p19051.

Paolo Della Loggia, Marta Vidus Rosin
UCO Medicina Clinica,
AOU Ospedali Riuniti, Trieste

Il problema delle resistenze dei batteri agli antibiotici è, come dite, rilevante. A tal punto da impegnare organismi di controllo

internazionali (come ad esempio l'Agenzia Europea sul Farmaco, EMA) a una costante sorveglianza del fenomeno, con sistemi di alert rivolti in primo luogo al richiamo a un uso sempre più consapevole e razionale della prescrizione, ma anche alla richiesta di un maggiore impegno per trovare nuove molecole che superino il problema della multiresistenza di alcuni batteri¹.

È noto che in Italia il problema della resistenza ha un'incidenza speculare (come avviene in tutti gli altri contesti internazionali) alla pressione antibiotica. Dove gli antibiotici si utilizzano di più, vedi il Sud Italia (e ci si riferisce ovviamente a una prescrizione fatta prevalentemente sul paziente adulto, ma i pediatri non possono esimersi da un senso collettivo di responsabilità), le resistenze sono maggiori.

Il problema specifico della resistenza di alcuni batteri alle cefalosporine è poco noto ai pediatri, preoccupati di più della resistenza di *Streptococcus pneumoniae* alle penicilline (amoxicillina). Preoccupazione epidemiologicamente non in assoluto rilevante (la resistenza intermedia all'amoxicillina si supera utilizzando dosi più alte del farmaco; quella completa è relativamente rara, pari a circa il 2-3%) ed è stabile nel corso degli ultimi anni².

Il problema della resistenza di alcuni batteri alle cefalosporine è relativamente recente, con una distribuzione ancora una volta molto variabile nei diversi Paesi europei.

Gli ultimi dati comparativi disponibili, relativi al 2007, riportano in Italia una resistenza di *E. coli* alle cefalosporine (ricordiamolo, principale patogeno responsabile delle IVU, anche nel bambino) pari al 10-20% (con un trend in aumento) e di *Klebsiella pneumoniae* del 30-40%, superiori alla media europea. Magari il problema non riguarderà il bambino visitato ambulatorialmente, ma probabilmente sì il paziente con patologie complesse, a rischio maggiore di infezioni severe.

Grazie del richiamo. Un motivo ulteriore per prescrivere gli antibiotici iniettivi, quando non necessari, sempre meno, con maggiore cautela e maggiore rispetto del bambino. Con un obiettivo comunitario rilevante che deve essere quello di preservare l'efficacia degli antibiotici².

Bibliografia

1. ECDC/EMA Joint Technical Report. The bacterial challenge: time to react. EMEA doc. ref. EMEA/576176/2009. Stockholm, September 2009. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/11/WC500008770.pdf
2. Gaynes RP. Preserving the effectiveness of antibiotics. JAMA 2010;303:2293-4.

Federico Marchetti

Pronto Soccorso e ambulatori sul territorio

La maggioranza dei pazienti del Pronto Soccorso (PS) sono codici bianchi e questi, assieme ai codici verdi, potrebbero rivolgersi ai propri medici curanti; ma, secondo voi, quale potrebbe essere il sistema giusto per migliorare le cose nei PS degli ospedali italiani?

E qual è, secondo voi, il vero motivo per cui nel PS dei reparti di pediatria e negli ambulatori dei PdF c'è l'invasione dei bambini che spesso non hanno nulla? C'è rimedio anche a questo?

Francesco Alibrandi
Pediatria, Feltre (Belluno)

È semplice: la gente ha sempre più paura, sempre più incertezze. La disponibilità del PdF non ha reso le famiglie un po' più libere, più autosufficienti, al contrario; e ciononostante, o per questo, spesso la famiglia non ha abbastanza fiducia nel suo medico, e non sempre lo trova disponibile, e qualche volta lo trova insicuro sulla decisione da prendere. Non abbiamo rimedi o "sistemi giusti" da proporre; solo incertezze, e perplessità. È certo che il nostro sistema, con la sua filosofia, "lavora contro": con l'eccesso di offerta che automaticamente genera un eccesso di domanda. È la stessa macchina che muove la società dei consumi. Speriamo che passi, ma, per ora, mala tempora currunt. Una raccomandazione, però, ce l'avrei. Fate quello che non avete fatto: aiutate le vostre famiglie a liberarsi di voi, accrescete la loro autostima e con questa la loro capacità di autogestione. So che è difficile; ma so che molti di voi PdF lo fanno; e so che si trovano bene, loro e le famiglie che assistono. Dunque si può.

Franco Panizon

La pediatria di famiglia, ieri e oggi

Ho letto con interesse l'intervento di Vincenzo Calia pubblicato a maggio (*Medico e Bambino* 2010;29:313-4) sul ruolo attuale del pediatra di famiglia.

In questi giorni festeggio le nozze d'argento con la Pediatria di famiglia... Anche nel profondo Nord-Est è mutata la domanda ed è cambiata la tipologia di pazienti, e noi con loro; ma è nato prima l'uovo o la gallina?

Condivido quanto scrive Calia: in estrema sintesi, l'aumento esponenziale della richiesta, spesso impropria, di cure ha portato a una perdita di autonomia di gestione delle famiglie, che domanda sempre più la risoluzione dei "piccoli problemi di salute"

al pediatra, con il conseguente svilimento professionale di quest'ultimo. E ritengo che sia giunto il momento di dire a voce alta che IL RE È NUDO. Rispondere in modo acritico a qualsiasi richiesta delle famiglie, mortificando il nostro ruolo, ma soprattutto deresponsabilizzando i genitori (i nonni in questo ci sono alleati) sta producendo i danni evidenziati. Spesso chi di noi, nelle "retrovie", ha optato per uno stile diverso con qualche no, è stato bollato come "cattivo".

Credo che per "vivere" la professione e non subirla dovremo approfondire questo dibattito: i tempi sono più che maturi, altrimenti corriamo il rischio di implodere.

Flavia Ceschin
Pediatria di famiglia, Pordenone

È nata prima la gallina, cara Flavia: è nata prima la Pediatria di famiglia, e l'eccesso di offerta; ma su questo anche la Pediatria ospedaliera, che un tempo, molto tempo fa, era tendenzialmente taccagna sui ricoveri, è diventata dapprima nobilmente e disinteressatamente generosa, sulle ali sacrosante dell'apertura-a-tutti del SSN; e poi, a poco a poco, incoraggiata anche dall'odio aziendale, e preoccupata dal felice ridursi dei bisogni veri, è diventata tanto generosa da diventar puttana. La cura (sono banale, ripetitivo, tonto) sta dentro ciascuno di noi: dentro ciascun medico, ciascun reparto, ciascuna Clinica. Fare ciò che è bene e ciò che è giusto: e solo quello, per non vergognarci di noi. E smettere di guardare quello che fanno gli altri.

Franco Panizon

Le "Giornate di Medico e Bambino"

Si rientra sempre ricaricati e confortati da un congresso di *Medico e Bambino*, come quello di maggio scorso a Milano. Ricaricati, e con la voglia di applicare nella pratica ciò che si è appreso; e confortati perché, come avviene da sempre, la filosofia di *Medico e Bambino* è quella di fare solo ciò che le evidenze da una parte e il buon senso dall'altra indicano.

Grazie di cuore un'altra volta al prof. Panizon, che ci fa restare con i piedi per terra, inducendoci però a camminare e a guardarci sempre intorno, vicino a noi, ma anche un po' più in là.

Purtroppo capita poi che i piedi da terra a un tratto si alzino, a causa di un salto sulla sedia, quando ti arriva tra le mani un foglio di dimissione e ti accorgi che i genitori di un neonato sano, dimesso con allattamento al seno esclusivo da un ospedale lombardo, ricevono, oltre alla bella indica-

zione a favore di una specifica formula di latte (perché non si sa mai...), anche quella di somministrare al piccolo *Ditrevit* 0,5 ml due volte al giorno, *Fluormil* 3-5 gocce al giorno, *Vitak plus* 5 gocce al giorno, *Reuterin* 5 gocce al giorno, *Lutein* 0,5 ml al giorno e, per finire, reiterate pulizie degli occhietti con garze sterili *Iridium Baby*. Così va il mondo!

Virgilio Meschi
Pediatra di famiglia, Lecco

Grazie, a nome di tutto "Medico e Bambino". Quanto al grande dispiacere per le piccole forme di malasanità fatte dagli altri, lo condivido; ma mi tocca anche rimandare a tutte le lettere più o meno su questo tema che affollano queste pagine, su questo numero e alla mia ripetitiva risposta; che è forse un po' tonta, ma che è anche una risposta obbligata: smettere di guardare cosa fanno gli altri; e fare, noi, soltanto quello che ci sembra la cosa giusta.

Franco Panizon

Uso del pannolino e capacità riproduttiva

Egregio professor Panizon, ho letto con vivo interesse il Suo Oltre lo Specchio "Il piacere in pediatria" sul numero di maggio di *Medico e Bambino* (2010;29:331-6). Il motivo per cui Le scrivo è un breve passo dove Lei asserisce che è quasi dimostrato che l'uso del pannolino riduce la capacità riproduttiva del maschio. Dal momento che anche a me era venuta in mente la stessa conclusione, Le sarei grato se vorrà indicarmi se vi sono studi che confermino questa ipotesi.

Se l'ipotesi fosse vera, se ne dovrebbero trarre conclusioni importanti anche per la nostra pratica quotidiana.

Roberto Luciani
Pediatra di famiglia, Versilia

Caro dott. Luciani, in realtà devo confessare che, sebbene la letteratura (dell'adulto) sia ricca di rilevazioni (non recentissime) che riguardano il rapporto tra temperatura

scrotale e spermatogenesi (Kurz KR, Goldstein M. J Urol 1986;135:290-2; Mieusset R, et al. J Androl 1991;18:169; Shalfick A. Urol Res 1993;21:367-70; Wang C, et al. Fertil Steril 1997;68:344-9), concludendo che il tessuto e il modello delle mutandine modificano sia la temperatura scrotale sia la spermatogenesi, con una netta reazione inversa tra le due, e, sebbene la letteratura sulla ridotta spermatogenesi verificatasi nelle ultime decadi rappresenti un fenomeno di rilevanza mondiale (Carlson, et al. BMJ 1992;305:609), le ricerche dirette sul bambino riguardano non l'effetto a distanza (che richiederebbe il confronto tra una coorte che non ha usato il pannolino e una coorte che lo ha usato), ma solo la dimostrazione che, in effetti, lo scroto dei bambini che portano il pannolino non ha, come dovrebbe avere, una temperatura di 3-4 gradi inferiore a quella rettale (Partsch CJ, Aukamp M, Sippell WG. Scrotal temperature is increased in disposable plastic lined nappies. Arch Dis Child 2000;83:364; Hughes JA. How vulnerable is the developing testis to external environment. Arch Dis Child 2000;83:281). Certo, se consideriamo i danni (certi) del testicolo ritenuto e se consideriamo altamente probabile, come tutti pensano, che questi danni, prevenibili con la chirurgia, dipendano dalla temperatura a cui il testicolo ritenuto è esposto, dovremmo anche concludere che due e due fanno quattro e che quindi i testicoli dei nostri bambini col pannolino di plastica sono effettivamente a rischio.

In realtà, il lavoro del 2000 a cui alla fine io faccio riferimento non è stato seguito, a mio sapere, da nessun approfondimento successivo; e, per altro verso, l'allarme è stato del tutto trascurato da pediatri e da genitori; mentre, a mio avviso, il principio di cautela, tante volte invocato per rischi alquanto improbabili, avrebbe dovuto muovere pediatri (informati) e genitori (se resi consapevoli); e, forse, anche le Case produttrici. Può darsi che qualche studio longitudinale sia in corso, ma se fosse partito dopo il 2000 non avrebbe ancora potuto dare risultati. Dunque, se ho parlato di un rischio, avrei dovuto in realtà parlare soltanto di un rischio probabile.

Franco Panizon

Fronte lattati? Segnali negativi!

Credo che ai più stia sfuggendo quanto sta avvenendo da quando le formule per lattanti sono entrate nella grande distribuzione, luogo dove il potere decisionale materno si esprime al massimo della potenzialità.

Dopo averci provato con i lattati 3, i principali marchi stanno forzando la mano sui nuovi lattati "Confort" che, presumo, solo se diluiti con acqua di Lourdes (negli stessi non credo di riconoscere elementi terapeutici tali da vantare le proprietà sbandierate), possono curare tutti i problemi del tratto gastro-intestinale citati sui materiali di presentazione e, ovviamente, anche quelli ingenerati dal latte materno!

Questi nuovi ritrovati in campo nutrizionale hanno il grande vantaggio, secondo chi li commercializza, con un piccolo surplus di spesa (+30% rispetto a quelli tradizionali), di costituire una valida alternativa anche al latte della mamma, visto che lo stesso ingenera gran parte delle problematiche previste!

I pediatri sanno bene quanti sono i loro piccoli pazienti che ne fanno uso poiché li vedono già adottati, su iniziativa materna, ma forse non sanno che le tonnellate di tali prodotti vendute viaggiano già attorno alla metà di mille!

Uscirà anche Milte con un latte "Confort"?

Il "confort" che potremmo ricevere in Milte da un tale prodotto ci trova ancor oggi impreparati a superare certe remore e, piuttosto che rischiare di sostituire un solo latte materno, preferiamo rinunciare, perché, se tutti i lattati sono uguali, non è detto che lo siano anche i lattati.

Ivano Bronzetti
Milte Italia SpA

Sì, ci è sfuggito. In verità non è nemmeno una sorpresa. È una caratteristica della nostra società affluente (per quanto ancora?) quella di produrre nuovi bisogni, sempre più immaginari e sempre più lontani, come la fata Morgana. Resisteremo.

Franco Panizon