

Viva la deontologia! (Pdf e consultori)

Ben volentieri replico alla vibrante lettera della collega Fermi, pediatra consultoriale di Milano (Lettere, *Medico e Bambino* 4/2002), che attribuisce ai pediatri di famiglia lombardi (e alla FIMP in particolare) la volontà di voler smantellare la rete dei consultori pediatrici presenti in Lombardia e, in particolare, nel suo capoluogo; occorre però qualche premessa storica.

Dalla fine degli anni Venti (in coincidenza con la nascita dell'ONMI) a oggi è presente sul territorio cittadino di Milano una diffusa rete di consultori pediatrici, molti dei quali funzionalmente collegati ad asili-nido, con funzione di pediatria preventiva per i bambini da 0 a 3 anni e con una forte organizzazione interna (pediatri, vigiliatrici, assistenti sanitarie, in collegamento con servizi socio-psico-pedagogici e neuropsichiatri).

Se fino agli inizi degli anni Ottanta questi servizi rispondevano a una reale esigenza assistenziale, dovuta all'assenza di strutture pediatriche territoriali di I livello, con la nascita e l'affermazione della pediatria di libera scelta (dall'80 all'85 si sono inseriti a Milano quasi 120 pediatri) la funzione dei consultori pediatrici (di tipo esclusivamente preventivo) ha iniziato inesorabilmente ad esaurirsi, mantenendo però una funzione ancora attuale di cuscinetto assistenziale tra l'offerta di assistenza pediatrica di base (non ancora pienamente soddisfacente) e la domanda sempre più forte di assistenza pediatrica extraospedaliera. Le ultime riforme sanitarie lombarde hanno inoltre smembrato l'unità organizzativa dei consultori con indubbia perdita di efficacia complessiva del sistema.

Negli ultimi anni diversi consultori pediatrici sono stati potenziati con servizio vaccinale che da un lato ha consentito il mantenimento di alti livelli di utenza pubblica, ma ha anche costituito un doppione dei centri vaccinali ASL dipendenti dal Dipartimento di Prevenzione.

Ci troviamo pertanto con due servizi pediatrici (pediatria di libera scelta e consultori pediatrici) che, di fatto, tranne la pratica vaccinale in alcuni consultori, svolgono tra 0 e 3 anni le medesime prestazioni preventive. Detto questo, appare chiaro e comprensibile lo svilupparsi di tensioni professionali "corporative" all'interno dell'area pediatrica territoriale.

Devo dire che da molti anni la FIMP di Milano ha sollecitato i dirigenti aziendali a un confronto tra pediatri di famiglia e pediatri consultoriali, ottenendo sempre tiepidi accoglienza.

Giustamente Marchetti, nel suo saggio e condivisibile commento, auspica un dialogo "problem solving" tra le nostre com-

ponenti professionali, ma questo dialogo non può avvenire al di fuori di un contesto istituzionale quale quello dell'ASL che deve poi tradurre i punti condivisi in altrettanti atti operativi concreti sul versante organizzativo.

Marchetti dice anche che i consultori non possono svolgere un ruolo comprimario o vicariante rispetto alla pediatria di famiglia. E questo lo diciamo anche noi. Non è giusto che il pediatra consultoriale effettui i bilanci di salute il giorno dopo (o prima) che lo effettui il pediatra di famiglia. Ma ciò non vuol significare l'eliminazione o il ridimensionamento di una figura professionale che, se utilizzata in maniera diversa e più adatta ai tempi (tutela e sorveglianza sanitaria delle comunità infantili, consulenza all'interno dei consultori familiari, supporto sanitario ai bambini con problemi speciali, coordinamento sanitario all'interno dell'ASL, funzioni di Igiene Pubblica ecc.), sarebbe preziosa.

In questi anni, al contrario, i pediatri sono stati pian piano eliminati dalle comunità scolastiche, e non è attualmente prevista la figura del pediatra all'interno dei consultori familiari.

In poche parole, è mancata completamente la costruzione strategica di una "pediatria di comunità" innovativa ed efficace.

È pertanto comprensibile che, nell'ottica di una generale riorganizzazione dei servizi sanitari regionali (come ben evidente nel nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale), accanto alla riduzione dei 4500 letti ospedalieri per acuti, la Regione Lombardia (l'Accordo Regionale non è un'iniziativa SIMP!) punti a razionalizzare attività o servizi oggettivamente "obsoleti e ridondanti" non per se stessi, ma rispetto a una espansione strategica delle cure primarie pediatriche (con enfasi particolare sulle forme associative), che dovranno rappresentare l'unica realtà territoriale in grado di assicurare l'assistenza primaria al singolo bambino e adolescente in termini di prevenzione, diagnosi e cura.

Sarebbe auspicabile, con il consenso della ASL e della Regione, che ci si sedesse a un tavolo regionale o cittadino per sondare nuove possibilità operative, quali quelle di una reale attivazione di un nuovo e qualificante servizio di pediatria di comunità o, eventualmente, quella di un graduale assorbimento dei colleghi consultoriali e delle loro preziose professionalità, da parte della pediatria di libera scelta, alle prese con una penuria di nuovi specialisti e con un trend demografico inaspettatamente positivo (+5% nell'ultimo anno). In questo modo si potrebbe risolvere definitivamente il problema della carenza di pediatri, mantenendo alla pediatria territoriale alcune funzioni di primaria importanza, quali le vaccinazioni, che mostrano oggi i primi segnali

di difficoltà proprio in vista della imminente decadenza dell'obbligo vaccinale.

Insomma, nessuno vuole criticare i colleghi consultoriali (a Milano, poi, quasi tutti i pediatri di famiglia, in attesa di convenzione e anche dopo, si sono fatti le ossa nei consultori), ma nessuno può nemmeno arroccarsi su posizioni soltanto difensive. Occorre, come dice Marchetti, «aprirsi a un confronto, per essere davvero nella condizione di essere efficaci e di qualità». Forse qualche colpa "sindacale" l'abbiamo avuta anche noi in questo "dialogo tra sordi", ma credo che con un po' di buona volontà da entrambe le parti, anche e soprattutto con il sostegno deciso e fattivo dell'ASL, si possa riprendere un percorso comune verso la soluzione definitiva del problema.

Anche se il tono della lettera della collega e gli apprezzamenti sull'impegno dei pediatri di famiglia, non sembrano proprio i più concilianti...

Roberto Marinello
Pediatra di famiglia, Milano
Segretario FIMP Lombardia

L'antipiretico ritarda la clearance virale?

È vero, come affermato dal prof. Panizon (Lettere, *Medico e Bambino* 10/2001) che l'antipiretico può prolungare la malattia virale? Vorrebbe dire che i bambini non liberati dal virus per colpa dell'antipiretico, se reinseriti in comunità troppo precocemente, finiscono per contagiare gli altri bambini?

Carlo Giacomini
Ospedale Civile di Venezia

Sì, è vero, lo giuro. Il mio giuramento non deriva né da illuminazione divina né da ricerche personali, ma da letture sufficientemente serie ancorché remote. In effetti, sia i virus che i batteri si riproducono bene a 37°, molto meno bene alle alte temperature (39°), e ancora meno bene a 40°, sicché si può dire che non è l'antifebbrile che fa bene al virus, ma che la febbre ha un potere virucida reale. Gli animali a sangue freddo, quando vengono infettati in laboratorio, muoiono se non si permette loro di andare al sole, elevando così passivamente la loro temperatura; la durata della eliminazione del virus polio e del virus influenzale è più lungamente protratta nei soggetti trattati con antipiretici. Queste osservazioni, di cui mi duole di non avere la forza di ricercare la fonte in archivi ormai dispersi, risalgono al tempo in cui ancora si discuteva se e quanto "curare la febbre" (magari con gli impacchi freddi). Storicamente, gli impacchi freddi hanno perso, ma la "cura della

febbre" ha vinto. Per il bisogno di "fare qualcosa"? Per far stare meglio il bambino? Per tutte e due le cose? Sì, per tutte e due le cose; e perché oggi ci sono altri mezzi, oltre alla febbre, per curare l'infezione (quando è batterica), e anche perché l'infezione (quando è virale) non è più così grave come ai tempi della poliomielite, o della bronchiolite "vera", o della gastroenterite "tossica".

Come mai queste malattie non ci sono più, se non in versione addomesticata? Certamente è cambiato qualcosa; certamente è cambiato il bambino, molto meglio nutrito; e certamente è cambiato l'ambiente, molto meno promiscuo e molto più protetto. Anche il fatto che la viremia e l'escrezione virale durino un po' di più, e il contagio sia un po' più probabile, non è più, a sua volta, materia di preoccupazione.

F.P.

Latte materno e integrazione di vitamine

Ho potuto leggere di recente la pubblicità della formulazione di un preparato vitaminico in gocce in cui si dice testualmente: «Niente è meglio del latte materno... integrato con vitamine D3, A e C».

Ebbene, anche se è ampiamente diffusa nella Pediatria italiana l'abitudine (a mio avviso esagerata) di supplementare sempre un bambino allattato esclusivamente al seno con polivitaminico, questa pratica non è routinariamente indicata, se solo ci soffermiamo a considerare le pure fonti scientifiche, evitando le estrapolazioni, le generalizzazioni e le deduzioni improprie. A questa conclusione arrivano sia l'American Academy of Pediatrics (*Pediatrics* 1997) sia la Società Italiana di Neonatologia (SIN) nelle sue recenti raccomandazioni (*Medico e Bambino* 2002;2). Lo stesso Greer, di cui il produttore cita l'articolo di revisione (*Ped CI North Am* 2001;4), arriva a un'ambigua conclusione: «Non c'è danno noto a seguito di una supplementazione quotidiana di 200-400 IU...».

Sintetizzerei quindi le mie osservazioni, proposte qui di seguito:

- la vitamina D, pur in piccole quantità nel latte materno, risulta per lo più (non sempre!) sufficiente;

- la supplementazione con vitamina D è obbligatoria in alcuni bambini allattati esclusivamente al seno, appartenenti a ben precise categorie a rischio di sviluppare rachitismo! Non va intesa quindi come una supplementazione routinaria;

- non tutto ciò che non nuoce va proposto universalmente al seno, appartenenti a ben precise categorie a rischio di sviluppare rachitismo! Non va intesa quindi come una supplementazione routinaria;
- sarebbe bene lasciare ai pediatri italiani il riconoscimento e il trattamento di queste

categorie a rischio di rachitismo (ad esempio la scarsa esposizione alla luce e/o una pelle scura);

- il messaggio pubblicitario sopra citato sembra indurre la convinzione che senza le vitamine il latte materno non sia "il meglio"; in altre parole pubblicità di questo tipo possono anche minare la convinzione dell'ottimalità di un allattamento al seno esclusivo negli operatori sanitari e indirettamente nelle madri.

Riccardo Davanzo
UO di Neonatologia e Terapia Intensiva
Neonatale & Gruppo di Lavoro
sull'Allattamento al Seno,
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Fosfatasi alcalina

Ho letto sulla Pagina Gialla del numero di maggio di *Medico e Bambino* del forte aumento della fosfatasi alcalina che si può registrare in bambini sani, a volte in coincidenza con una gastroenterite, che poi ritorna alla norma spontaneamente dopo pochi mesi: proprio a questo proposito mi è capitato un caso che mi lascia un po' perplesso. Bambina di 7 anni e mezzo che da diversi mesi accusa dolori da lei riferiti come muscolari ai polpacci, notturni ma anche diurni, con cadenza di un episodio ogni 10-14 giorni, a volte così disturbanti da prendere un analgesico, ma comunque niente di drammatico. Nel frattempo non c'è stata perdita di peso, né febbre, né astenia; non c'è ipertrofia ai polpacci; la forza e l'attività fisica non sono intaccate, non ci sono segni di rachitismo, la crescita ponderale è tra il 3° e il 10° percentile e quella staturale tra il 10° e il 25°; i genitori sono anch'essi più piccoli della media. In base a questi dati ho pensato a dolori di crescita ma, dopo qualche mese di preoccupazioni materne, ho richiesto una batteria di analisi del sangue: FA 578 UI/ml, FA-isoenzima osseo 91 UI/ml, calcemia 10,2 mg%, CPK 81 UI/ml, TAS 743 (so che non serve a niente, la coltura faringea era negativa), sideremia 137, ed è portatrice di beta+ talassemia (GR 5.730.000, Hb 12,2, MCV 64,5), lieve piastrinosi (470.000), gli indici infiammatori sono normali, elettroliti (Na, K, Cl, Mg) normali, glicemia e creatinemia normali. Ho fatto un giro di telefonate ai vari laboratori della mia zona, ma nessuno mi ha saputo dire qual è di preciso il range normale per l'età pediatrica per la FA e per l'isoenzima osseo, sui testi che ho consultato si riportano valori contraddittori per la FA e non si menziona l'isoenzima osseo; i valori riportati sulla Pagina Gialla valgono anche per l'isoenzima osseo o solo per la FA? La bambina non presenta alcun segno di colesterasi. Si potrebbe pensare che l'accresciuta

attività eritropoietica porti a un rimaneggiamento osseo superiore al normale e quindi un innalzamento della FA? Per finire, dopo circa 3 mesi e mezzo di attesa e visto che la sintomatologia non è cessata, ho richiesto delle altre analisi aggiungendo anche gamma-GT, fosforemia, calciuria e fosfaturia, bilirubinemia totale e frazionata.

Vi sarei grato per le vostre opinioni e per eventuali delucidazioni sulla FA, sui suoi isoenzimi e sui valori normali degli stessi in pediatria.

Gaetano Musco
Pediatria di Famiglia, Gattinara

La pagina gialla ha (quasi) sempre ragione, e chi chiede un esame di troppo ha (quasi) sempre torto. Credo non ci siano ragionevoli dubbi sul fatto che la iperfosfatemia del suo paziente rientri nel gruppo "bambino sano". Mi sentirei di condividere, con umana presunzione, la Sua diagnosi di dolori di crescita (o fibromialgie); credo, sempre presuntuosamente, che non avrei fatto esami, o semmai una radiografia; ma l'uomo è fatto per sbagliare.

F.P.

La lingua del Down

Nel numero di giugno ho dato una risposta riconoscibilmente vaga, frettolosa, superficiale e avventata, a una domanda sull'utilità del rimodellamento chirurgico della macroglossia del Down. Dicevo, in quella risposta, che ritenevo non criticabile, se sentita positivamente dalla famiglia, la scelta di un intervento "estetico", al di là della sua sola ipotetica utilità funzionale.

Forse non era nemmeno questo, che mi veniva domandato.

Ho ricevuto nel frattempo opinioni diverse e più tecniche, che avevo chiesto allora, ma che non avevo atteso con sufficiente pazienza, da parte di alcuni odontostomatologi specificamente impegnati nel campo della riabilitazione. La risposta, che ora riferisco, e che rettifica la mia, è che la macroglossia del Down è essenzialmente dovuta a ipotonia del muscolo, che si adagia e si allarga sul pavimento della bocca, spingendo in là l'arcata dentaria inferiore, che ne risulta tendenzialmente deformata in III classe. Se la causa è l'ipotonia, il trattamento teoricamente più indicato, ma che nella loro esperienza è anche funzionalmente efficace, è quello dell'esercizio attivo, con una placchetta posta tra la lingua e il palato duro e con esercizi riabilitativi che ridanno tonicità e forma alla lingua. Chiedo scusa.

F.P.