

Morte del PdF?

L'editoriale del dottor Calia, pubblicato sul numero di maggio di *Medico e Bambino*, mi induce a fare alcune riflessioni che Le invio.

La prima riguarda il rischio di morte per la Pediatria di famiglia che Calia intravede nella scarsa propensione dei PdF a integrarsi nel SSN. Io stesso, in una lettera in risposta a Vincenzo Nuzzo pubblicata sul numero 6/99 di *Quaderni ACP*, sottolineavo il fatto che un pediatra che accetta di convenzionarsi col SSN si impegna a svolgere anche un ruolo pubblico, e a collaborare positivamente per il miglioramento della salute dei bambini del proprio territorio, all'interno di un quadro di riferimento.

La nostra esperienza cesenate ha dimostrato la positività di una integrazione operativa fra le componenti dell'area pediatrica (Ospedale, PdC, PdF, Consultori, NPI) nella salvaguardia dell'identità professionale di ciascuno.

Oggi, purtroppo, in molti luoghi - e certamente in Emilia-Romagna dove io opero -

la riorganizzazione dei servizi e la distrettualizzazione (più amata ideologicamente che sperimentata veramente) rischiano di creare un apparato burocratico amministrativo che può soffocare la libertà professionale (non semplicemente la libera professione) di tutti gli operatori sanitari e, quindi, anche dei PdF.

Il rischio di morte della PdF (intesa come grande possibilità di garantire un'assistenza sanitaria di base a tutti i bambini singolarmente e di migliorare la salute dell'infanzia) può essere trovato nella mancata integrazione, ma può esserlo, altrettanto e forse più, nella macchinosità burocratica che, almeno da noi, è stata immaginata, e che spezza, oltretutto, l'unitarietà dell'approccio al bambino e alla famiglia.

Allego due schemi (*vedi sotto*), uno sulla organizzazione aziendale prevista dal nostro Piano Sanitario Regionale e uno sulla condizione del PdF, novello San Sebastiano cui arrivano frecce da ogni dove.

Sono convinto che i PdF, per svolgere appieno la loro funzione, non possono rifiutare di inserirsi in un coordinamento fun-

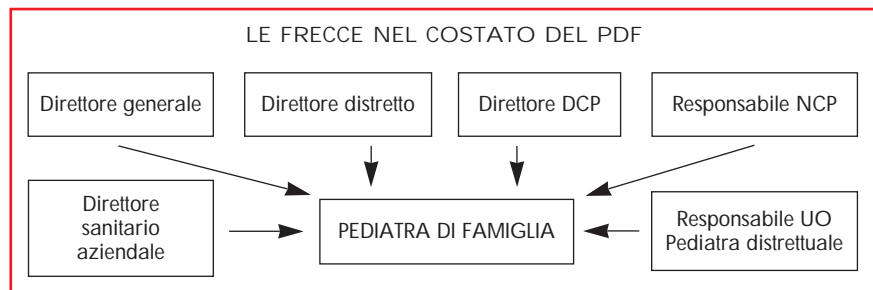
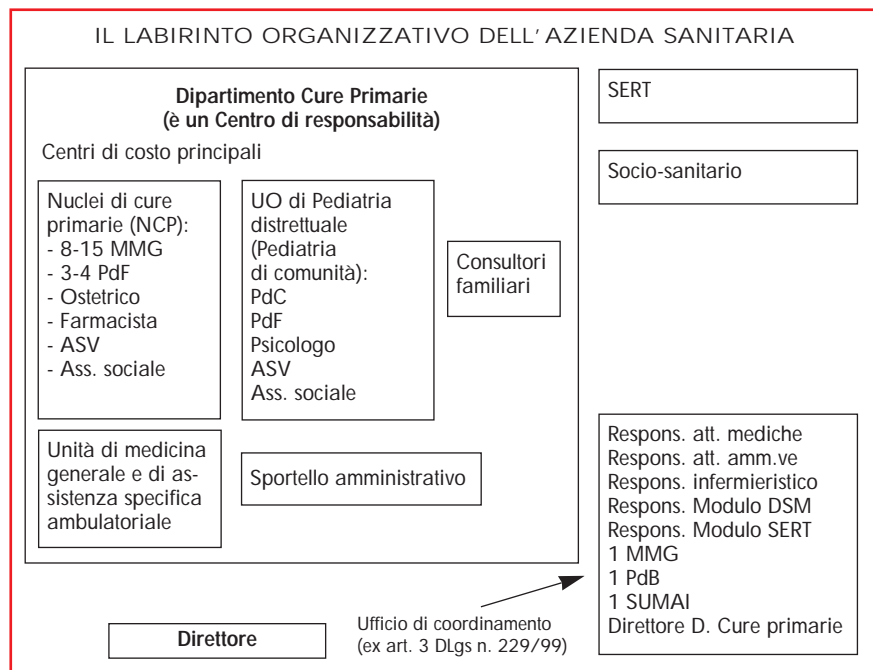
zionale e operativo, ma sono altresì convinto che le autorità sanitarie debbano tener conto della peculiarità del ruolo e della centralità del rapporto medico-paziente.

La seconda riflessione riguarda la questione del compenso aggiuntivo che verrà dato ai generalisti che acquisiranno bambini dai 6 ai 14 anni. Se posso condividere alcune osservazioni del dott. Calia, non posso comunque non prendere atto che si è trattato di una scelta che acuisce una conflittualità mai superata fra generalisti e pediatri. Inoltre vorrei evidenziare il fatto che mentre da una parte le autorità sanitarie prevedono la costituzione di Nuclei di Cure Primarie (NCP), in cui dovrebbero fortemente collaborare pediatri e generalisti (e sono considerati il cuore dell'assistenza nel territorio), dall'altra hanno introdotto un principio di conflittualità (il generalista, che già prima forzava la famiglia a iscrivergli i bambini dopo i 6 anni, a maggior ragione oggi opererà in questo senso avendo un incentivo economico), che renderà difficile e comunque sospettosa la collaborazione operativa. Non è la fine del mondo, ma i politici che hanno accettato questa clausola della Convenzione non hanno agito con lungimiranza.

Un'ultima considerazione: questa convenzione verrà forse pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* in settembre-ottobre, a due mesi dalla sua scadenza. Le trattative regionali, e poi quelle aziendali, cominceranno a convenzione già scaduta.

Arturo Alberti, Cesena

Leggendo l'editoriale di Vincenzo Calia, pubblicato su *Medico e Bambino* (5/2000), vedo riemergere, ancora una volta, la crisi profonda e la contraddizione della Pediatria di famiglia di libera scelta, di questa Pediatria che è "la più amata dagli italiani", ma che, nello stesso tempo, è anche la più tradita; di questa Pediatria da molti considerata la più bella del mondo, ma che nello stesso tempo viene vista da molti, me compreso, come agonizzante, perché destinata ad andare incontro a un futuro privo di contenuti validi. Fra qualche anno non vedremo più neanche la varicella, non vedremo più pertosse, non vedremo più gastroenteriti, non vedremo più malattie infettive, e, se i bambini faranno una buona profilassi, non vedremo più neanche bambini con l'asma, e se l'EMA o le transglutaminasi entreranno a far parte degli esami di routine, non vedremo neanche più la celiachia. Se le mamme continueranno ad allattare al seno, non vedremo più bambini con intolleranza alle proteine del latte vaccino; e non vedremo più lattanti con stipsi o rigurgiti o coliche, se i nuovi lattati formulati prenderanno il sopravvento. Quindi la pediatria di fami-



glia è "destinata a morire"? Sì, se non si decide di cambiare. Ogni 100 bambini che visitiamo, e ai quali facciamo diagnosi di faringite, otite, cistite, asma ecc. (quasi tutta patologia autolimitantesi), il 3% ha l'ambliopia, il 6% la dislessia, l'1% la celiachia, il 20% il piede piatto, il 2% la scoliosi e poi le malocclusioni, la displasia dell'anca, il rischio sociale, il rischio di SIDS, il rischio da fumo di sigaretta, il rischio da carenza di acido folico...

Circa il 50% di questi bambini ha una patologia "nascosta", di cui nessuno si accorge, di cui non siamo a conoscenza. A questa patologia "nascosta" dobbiamo volgere lo sguardo, se vogliamo fare vivere la Pediatria di libera scelta. Il Self Help, ancora prima di nascere, muore, perché perde di importanza di fronte a tutti questi problemi irrisolti. Che significato vogliamo che abbia un tampone faringeo per ricercare uno SBEA (che non fa paura più a nessuno e che non si sa perché ricarlo: per prevenire la febbre reumatica? per prescrivere meno antibiotici?) di fronte al problema del bambino dislessico, che ancora oggi non viene individuato dalle insegnanti, e che viene semplicemente definito un "asino", perché ancora non sa leggere in terza elementare?

Sì, il tampone faringeo è importante, come importante è il prick test, e il multistix delle urine, ma queste sono cose che possono fare gli altri e anche meglio di noi. Bi-

sogna cercare la qualità del nostro lavoro in campi in cui nessuno può sostituirci, in campi nei quali siamo indispensabili, in campi dove c'è carenza di operatori sanitari (medico scolastico, neuropsichiatra infantile ecc.), in campi dove comunque possiamo riuscire meglio organizzandoci in gruppi, all'interno dei quali ognuno deve specializzarsi in argomenti specifici, e questi gruppi possono chiamarsi "studi associati", "pediatria di gruppo", "gruppi ACP", ma l'importante è, in quest'epoca di grande sviluppo del sapere, unire le nostre conoscenze al fine di fare emergere il meglio di noi stessi. Spostiamo il nostro interesse sulla prevenzione, sui disturbi dell'apprendimento, ad esempio, in collaborazione anche degli insegnanti, incominciamo a occuparci veramente di questo bambino, di questo "cucciolo d'uomo", che domani diventerà uomo e che occuperà i posti che oggi occupiamo noi e per il quale oggi la scuola rappresenta, tenuto conto dei bisogni della società moderna, la cosa per lui più importante. Questi devono essere gli obiettivi del Pediatra di famiglia di oggi e di domani, se vogliamo fare vivere questa Pediatria di famiglia. Sarebbe opportuno anche che incominciassimo a capire il significato di alcune parole che forse ancora pochi hanno capito, il significato delle parole "Pediatra di famiglia": "di famiglia" significa "uno di famiglia", uno col quale ci si vede spesso, uno che viene spesso a casa nostra, uno col

quale possiamo e dobbiamo parlare per avere chiarezza, certezze, conforto, amicizia in questo mondo fatto di cose oscure, di incertezze, di odio e di egoismo.

Angelo Spataro
Pediatra di famiglia, Palermo

Morte probabilmente no, ma sofferenza cronica sì. Non del PdF ma della pediatria. Ormai è un classico, una lunga crisi che viene tutta a onore della pediatria; oggettivamente più sensibile ai cambiamenti e anche più disposta a cambiare; più preoccupata, consapevolmente e/o istintivamente, del cambio continuo dei rapporti, delle prospettive, dei bisogni, dei doveri, delle possibilità, delle criticità. Sono due lettere molto diverse, da due Regioni molto diverse, su due aspetti diversi, da due persone molto diverse; due lettere molto lucide, ciascuna delle quali in certo modo completa, che non avrebbero bisogno di una "risposta" o di un "commento", da chi, poi, come me, non può vivere direttamente il problema (e tuttavia lo sente come proprio). Da una parte l'orgoglio che ha alle spalle una storia, tutta cesenate, di integrazione esemplare tra PdF, comunità, Ospedali, che ha trovato in questa integrazione soddisfazione professionale e ragione d'essere, ma che trova davanti a sé, o sopra di sé, il peso del potere, della sordità, dell'incapacità. Anche questo un classico. Dall'altra una crisi personale, professionale (in una pediatria

CONFRONTI IN PEDIATRIA

Fare o non fare? Le ragioni del sì e le ragioni del no

Trieste, 1/2 dicembre 2000 Centro Congressi Stazione Marittima

Venerdì, 1 dicembre

9.00 - SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon
L'immunoterapia per via orale A. Vierucci, G. Longo
Curare l'epatite C L. Zancan, G. Maggiore
L'adenoidectomia nelle OMAR E. Zocconi, P. Marchisio

12.00 - SESSIONI PARALLELE
I corticosteroidi nelle meningiti
B. Assael, F. Marchetti - modera P. Macchia
Operare il reflusso gastroesofageo
A. Messineo, G. Torre - modera M. Guglielmi
Fare la prevenzione del piede piatto
G. Tagliavero, G. Maranzana - modera G. Longo

14.45 - SESSIONE PLENARIA
La terapia farmacologica della bronchiolite
E. Barbi, G. Cavagni - modera F. Panizon
Lo screening della malattia celiaca
A. Ventura, C. Calassi - modera L. Greco
DDVP nell'enuresi
L. Chiozza, M. Pennesi - modera L. Peratoner

18.00 SESSIONE PLENARIA - modera F. Panizon
Il bambino proveniente dai paesi extraeuropei

G. Bartolozzi commenta 10 anni dopo il suo articolo su "Medico e Bambino"

Sabato, 2 dicembre

9.15 - SESSIONE PLENARIA - modera A. Ventura
Utilizzare i probiotici S. Martellosi, M. Fontana
Mettere in dieta l'obeso G. Tonini, A. Saggin
11.30 TAVOLA ROTONDA - modera F. Panizon
Fare o non fare: la visita domiciliare G. Meneghelli, D. Faraguna, S. Fedele, A. Alberti: "pinocchio" M. Mayer
13.15 Chiusura dei lavori

Segreteria scientifica:
G. Longo, A. Ventura
Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo"
via dell'Istria, 65/1 - 34147 Trieste; Tel 040 3785233

Segreteria organizzativa:
Quickline Congressi
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 Trieste
Tel 040 773737 - 363586; Fax 040 7606590
e-mail: quick@trieste.com

regionale per molti versi vivissima e per altri lacerata e disomogenea), che si trascina ormai da decenni: la scomparsa della infettologia pediatrica, fino a ieri principale ragione d'essere della pediatria, l'emergenza di nuove sfide e di nuovi compiti, che esistono ma ci trovano impreparati, a volte così impreparati da farci neghittosi. In tutti i casi un lavoro troppo difficile e troppo complesso, impossibile e inutile da fare in solitudine, che richiede dunque la partecipazione di tutti, uno a fianco dell'altro (ci torneremo sopra con il secondo gruppo di lettere, sulla formazione continua). Ho poche cose da dire, anche perché condivido quasi tutto quello che avete scritto; anzi, ho gli stessi sentimenti, che contengono un sottile filo di angoscia (perché, anche se la mia vita è passata, tutto questo riguarda comunque anche il senso della mia vita), e le metterò sotto forma di aforismi, ordinati per lettere dell'alfabeto.

a) La pediatria di famiglia non è più povera della medicina generale: molte delle cose che la mettono in crisi mettono in crisi tutta la medicina.

b) Per ora c'è "lavoro" (cose da fare): ci sono chiamate, richieste, bisogno di sapere, di spiegare, di confortare, di sostenere, di rassicurare, di guidare. Accontentiamoci dell'oggi.

c) La sola somma delle cose che BISOGNA sapere è in crescita. Anche questo è un impegno di LAVORO.

d) Fare il pediatra è meglio che fare l'agente di borsa, o il commercialista, o il tramviere.

e) Ogni cosa, fatta con umiltà e con generosità, ha in sé il suo significato. Non pensate al domani. Ogni giorno ha la sua croce, ha il suo principio e la sua fine, ha anche il suo premio; rispondete ai bisogni di oggi, questo vi metterà nelle condizioni di rispondere ai bisogni di domani.

Il domani non arriverà tutto d'un colpo, anche se oggi tutto sembra correre vertiginosamente. Ci sarà tempo e modo, ancora, per cambiare, ciascuno per conto suo e tutti assieme. Siate parte attiva del cambiamento, ma senza ansia.

f) Non lasciatevi prendere dalla depressione e dal senso di inutilità. Certo, c'è qualcosa nel mondo che ci toglie a noi stessi; che ci rende alieni alla vita; che ci aliena la vita; che ce la porta via. Ma questo non succede solo al pediatra. Non lasciatevi andare. Non arrendetevi. Avete un ruolo nel mondo (ciascuno ce l'ha; ma l'insegnante e il medico hanno un compito più ovvio degli altri).

PS. Dopo aver scritto queste cose mi sono imbattuto in un libretto di Martin Buber ("Il cammino dell'uomo", ed. Qiquajon, Magnano, VC), dal quale voglio togliere alcune righe (non so ancora quali, ogni riga trova significato in quella che la precede e che la segue). Ecco la frase più semplice: «Nell'ambiente che avverto come il mio ambiente naturale, nella situazione che mi è toccata in sorte, in

quello che mi capita giorno per giorno, in quello che la vita quotidiana mi richiede: proprio in questo risiede il mio compito essenziale, lì si trova il compito dell'esistenza messo alla mia portata». Ed ecco la più ostica: «Una volta si parlava in presenza di rabbi Pichas di Korez della misera vita dei bisognosi; questi ascoltava, affranto dal dolore. Poi sollevò la testa ed esclamò: "Basta che portiamo Dio nel mondo, e tutto sarà appagato..."». Ecco ciò che conta in ultima analisi: lasciare entrare Dio. Ma lo si può lasciare entrare solo là dove ci si trova, e dove ci si trova realmente, dove si vive, e dove si vive una vita autentica.

F.P.

La formazione permanente: un sogno ad occhi aperti

Ho fatto un sogno ad occhi aperti qualche giorno fa (dicono siano spesso efficaci nella vita). Stranamente l'ho fatto alcuni giorni prima di leggere l'editoriale del professor Panizon dal titolo "Dipendenza, insicurezza".

Io ho lavorato per venticinque anni in una pediatria ospedaliera, e ora sono un pediatra di base; non era un reparto di punta, ma mi ha insegnato, credo, l'ABC del mestiere. Mi ritengo fortunato ad avere imparato il mestiere così. La mia esperienza è che "solo facendo si impara"; aggiungerei anche "con la guida dei colleghi più anziani", che ti correggono.

Quell'esperienza mi ha lasciato una certa sicurezza. Perché non trovare una formulazione giuridica per ripeterla ogni tanto come pediatra di base?

Perché seguire ancora le mille strade tortuose che portano a convegni e congressi accreditati? Sono strade che finiscono per lo più nel deserto. Avete mai visto uno studente diventare medico frequentando solo congressi? Perché la gran madre di tutti noi, che ci ha generato e nutrito per un po' di tempo, non riprende saltuariamente ad allattare i suoi figli? Fuor di allegoria: perché Università e Ospedali (questi si da accreditare) non riprendono a far frequentare e lavorare, ad esempio a cicli di quindici giorni ogni due-tre anni, tutti i pediatri (di base e ospedalieri), sotto la guida di un tutore? Certo, il pediatra ha bisogno di meno informazioni (le trova facilmente) e meno sapere, molto di più ha bisogno di "saper fare". Un punteggio acquisito come frequenza ospedaliera/universitaria sarebbe di alto valore professionale, e darebbe una notevole sicurezza; ci sarebbe inoltre una ricaduta benefica nel creare nuovi rapporti di amicizia e collaborazione tra docenti e discenti.

Ho fatto proprio un sogno strampalato? Ho avuto un delirio?

Potete cestinarlo tranquillamente.

Ferdinando Rossi
Bassano del Grappa (VI)

No, caro dottor Rossi, il Suo non è un sogno strampalato né un delirio. È semplicemente la cosa giusta, ma la cosa giusta richiede persone giuste, e non tutti quelli che dovrebbero essere giusti sono giusti. Oppure: non tutte le persone la pensano allo stesso modo. Il problema ha troppe sfaccettature, come appare dalla lettera di Alberti e da quella, più pesante e non meno autentica di Baio che segue immediatamente questa mia risposta.

Anchor'io avevo fatto un sogno ad occhi aperti, e ancora lo sto facendo; il sogno, nemmeno originale, di una rete assistenziale stretta (vedi Medico e Bambino 1996; 8:483), che ridia senso e dimensione e responsabilità e coinvolgimento e distribuzione di funzioni a ospedali maggiori, ospedali minori, pediatria di famiglia e pediatria di comunità, e che tra queste funzioni ci sia anche il (mutuo) scambio di sapere. E anche, più recentemente, tutti assieme, tutti d'accordo, SIP, ACP, FIMP, Piano sanitario, si era fatto un sogno "dipartimentale" (anche il Dipartimento Materno-Infantile sarebbe una risposta naturale ed elementare ai bisogni di sapere e di salute di medici, di sani e di malati): ma Lei vede con i suoi stessi occhi che di tutto questo non si fa niente, o quasi niente, o meno che niente.

Sa cos'è? Riprendo in mano il libriccino di Martin Buber che ho appena letto (vedi "Morte del PdF"): «Ogni conflitto tra me e i miei simili deriva dal fatto che non dico quello che penso e che non faccio quello che dico. In questo modo, infatti, la situazione tra me e gli altri si ingarbuglia e si avvelena sempre di nuovo e sempre di più... Con la nostra contraddizione e con la nostra menzogna alimentiamo le situazioni conflittuali e accordiamo loro potere su di noi fino al punto che ci riducono in schiavitù. Per uscirne c'è una sola strada: capire la svolta - tutto dipende da me - e volere la svolta - voglio rimettermi in sesto».

Queste parole riguardano le singole persone, e non sono rivolte a Lei (ma semmai a me stesso; o a tutti quanti; e anche, in questo contesto, la Società e le Società, che sono fatte anche loro di persone). In realtà, sono essenziali; e mi servono anche per rispondere senza pessimismo, anzi. Ogni cosa può essere fatta in ogni luogo. Non occorre che sia fatta dappertutto. Ho già citato, nella lettera ad Alberti, un luogo dove si fa, da tanto tempo, quasi così, Cesena; potrei citare Soverato o Matera o Monza.

Gliese posso citare un altro, vicino a casa mia, Monfalcone, dove la proposta di far lavorare assieme i pediatri di famiglia e i pediatri ospedalieri è stata presentata come

una proposta organica, ma, comprensibilmente, guardata anche con sospetto e messa in stand by. Faccia in modo che la cosa si faccia dove Lei lavora; faccia in modo che partano esperienze di questo genere; e perché diventino esempio, e anche punteggio. Porti la sua pietruzza. Ma anche con questa lettera l'ha già portata. Si ricordi: «Tutto dipende da me».

F.P.

La formazione permanente: l'“affare”

La lettura degli editoriali del professor Panizon è sempre piacevole, fonte di riflessioni e, spesso, come è giusto che sia, di contrapposizione. Prendo spunto dall'editoriale del giugno scorso che mi trova sulla sua stessa lunghezza d'onda, anche se, a suo tempo, ero stato tra coloro che avevano espresso dissenso per la frase sull'ABC dei Pediatri di famiglia, un dissenso che era comunque non tanto di attacco nei confronti di Panizon quanto piuttosto legato alla strumentalizzazione che da parte di alcuni si era fatta di quella dichiarazione.

Ma, ritornando all'editoriale in questione, sono concorde sull'affermazione per cui «ognuno è responsabile di quello che gli accade», quindi di quello che sa, di quello che sa fare e dare della sua professione e professionalità, di quello che in ultima analisi sa essere.

Ma, allora, mi pongo e pongo una domanda proprio sulla formazione permanente (FP): non crede che l'interesse che la FP sta creando sia dovuta alle ingenti risorse economiche che essa porterà? Non crede ancora che l'accreditamento è l'arma in mano di coloro che impediranno la libertà di scelta del professionista sul modo di aggiornarsi e, quindi, se vuole e se sa, di modificare in meglio il suo operato? Non crede ancora che ci stiamo avviando verso una sorta di censura o di paternalismo, per voler essere più buoni, sulle nostre scelte di lettura?

Grazie per le insicurezze che ogni volta riesce a risvegliare in ognuno di noi, perché è proprio da queste insicurezze che dobbiamo trarre spunto per essere critici e crescere.

Antonino Baio
Pediatria di base, Dolo (VE)

Certo, è così. Non so se questa sia la madre di tutti i problemi; ma è certamente un problema: la formazione permanente porterà quattrini e potere (li porta già, anche prima di chiamarsi formazione permanente); porterà quattrini e potere, e forse lobby e cartelli, e certamente conflitti. Nessuno è indenne da niente; nemmeno chi non ha, o non crede di avere, ambizioni e interessi economici e di potere; la cosa sta nelle cose. Le parole di Martin Buber, sul fatto che uno (persona o Società), quasi inevitabilmente, finisca per non dire quello che pensa e non fare quello che dice, parole che ho surrettiziamente rivolto alle domande del dottor Rossi, le potrei rivolgere anche alle Sue domande; e i sogni a occhi aperti del dottor Rossi (e i miei) potrebbero essere una risposta (immaginaria) anche ai suoi problemi.

Ma anche su questo non sono pessimista. Penso che una formazione permanente diffusa e (purtroppo, ma anche questo inevitabilmente) obbligatoria sia una cosa più buona che cattiva; penso che a ogni potere si oppone un contropotere; penso che la professione di oggi è molto meglio di quella di ieri, e che quella di domani sarà meglio di quella di oggi. So anche che il mio ottimismo, come il mio pessimismo, non cambiano le cose: ma

che ciascuno di voi è abilitato a cambiarle; a contribuire a cambiarle.

F.P.

Pediatri e sponsorizzazioni

A proposito della lettera di Carla Gussoni (*M&B* 2000;5:284) sugli 81 pediatri sponsorizzati al congresso di Gerusalemme di cui solo 5 presenti alle sedute, non so se sia giusta la posizione di non piangere sul maggior costo dei lattini (ma non solo dei lattini). Viene da ripetere un commento di un editoriale del *N Engl J Med* di questi giorni (2000;5:1518) che traduco liberamente: «In questi tempi difficili la medicina dipende sempre più dalla considerazione del pubblico. Se il pubblico comincia a percepire che i medici stanno guadagnando qualcosa (viaggi, cene, regali) da un loro perverso rapporto con l'industria, ci sarà una scarsa simpatia per le loro difficoltà».

Giancarlo Biasini, Cesena

La differenza, mi sembra, tra quello che avevo scritto io e quello che scrive Biasini è marginale: il problema è prima di tutto un problema del medico, nei riguardi di se stesso (Panizon) e nei riguardi della sua immagine (Biasini).

F.P.

Displasia di Meyer

Anche se è passato del tempo, vorrei fare alcune osservazioni sul caso clinico "Un'anca sofferente con ecografia negativa nel piccolo lattante", pubblicato nelle Pagine Elettroniche di *Medico e Bambino* (10/99). Il caso descritto riguarda una lattante di 3 mesi, in apparenza sintomatica, i cui nuclei di ossificazione delle teste femorali, non evidenti all'ecografia, sono stati evidenziati poco dopo alla radiografia: i nuclei apparivano inizialmente piccoli e finemente frammentati, e in seguito si sono regolarizzati. È stata quindi posta la diagnosi di sindrome (o displasia) di Meyer (non Mayer, come riportato), una condizione che, secondo l'ipotesi di chi l'ha descritta, rappresenta probabilmente una variante fisiologica della normale evoluzione maturativa dell'anca.

Faccio però notare che la diagnosi di sindrome di Meyer si fa soltanto nel secondo anno di vita, sulla base di una tardiva comparsa dei nuclei di ossificazione delle teste femorali, che hanno aspetto inizialmente frammentato, generalmente in assenza di sintomi, 5 volte su 6 in soggetti di sesso maschile. In conclusione, quello de-

scritto non può essere considerato un caso di displasia di Meyer.

Di che cosa dovrebbe invece trattarsi? Ritengo che sia solo la dimostrazione radiologica di quello che è ben noto agli ecografisti. In fase molto precoce, quindi a 2-4 mesi, spesso il nucleo cefalico femorale appare all'ecografia piccolo, disomogeneo, frammentato, per poi assumere un aspetto regolare ai controlli successivi. Nel caso descritto l'ecografia non ha evidenziato il nucleo a 3 mesi, come spesso succede, mentre il successivo controllo radiologico, eseguito a breve scadenza, ha evidenziato piccoli nuclei sottilmente frammentati, cioè quello che avrebbe molto probabilmente evidenziato l'ecografia, se ripetuta. Per chiarezza comunque ricordo che l'ecografia non è il mezzo più adeguato per visualizzare in modo completo il nucleo di ossificazione della testa femorale, scopo al quale rispondono meglio la radiografia, la TAC o la RM.

Dalla descrizione del caso, poi, non è possibile capire se l'ostinazione nel voler cercare una patologia a tutti i costi (ecografia, radiografia, consultazione di un secondo radiologo, ripetizione della radiografia a distanza) fosse giustificata dalla persistenza dei sintomi iniziali.

In conclusione, trovo probabilmente ingiustificato l'"imbarazzo diagnostico" della collega, e non vedo una "discrepanza tra la clinica e le immagini"; probabilmente si trattava di pura fisiologia. Non nego tuttavia che il caso abbia a suo modo contribuito a far conoscere - fatto sicuramente positivo - la displasia di Meyer.

Maurizio Branchi

Divisione di Pediatria, Ospedale di Sondrio

Ci scusiamo molto per il ritardo con il quale questa lettera giustamente critica viene pubblicata (è infatti arrivata in redazione lo scorso aprile).

L'eccessiva sintesi alla quale io personalmente ho costretto l'esposizione del caso lo ha reso insufficientemente chiaro. Si trattava in realtà di un caso che è stato seguito nel tempo dal nostro ortopedico, dottor Maranzana, che ha avuto l'evoluzione da Lei indicata.

Riprenderemo il tema in maniera più estesa. La ringrazio, e colgo l'occasione per ringraziare assieme a Lei tutti i lettori per la loro attenzione e, in definitiva, per come partecipano alla realizzazione del nostro giornale.

F.P.

Aciclovir endovena, convulsioni febbrili, soia e EBM

Nel numero del giugno scorso di *Medico e Bambino* è stato pubblicato un articolo

sull'uso dell'aciclovir in relazione alla varicella. Un articolo molto condivisibile. Una frase tuttavia mi è rimasta poco chiara: «La somministrazione parenterale è fondamentale nei casi di varicella severa, disseminata, o accompagnata da polmonite, encefalite, piastrinopenia ed epatite...». Ma nessuna referenza supporta, nello stesso articolo, questa affermazione. È una prassi consolidata quella surriportata, ma mi sarebbe piaciuto che in un articolo impostato, come appunto questo, se ne riportasse il livello delle evidenze presenti in letteratura. Io non ho trovato studi clinici al riguardo.

Sulla scia dell'EBM poi, vorrei commentare una risposta data nella rubrica apposita a una pediatra di Moncalieri che chiedeva se c'era evidenza di efficacia riguardo all'uso preventivo del diazepam (DZ) nelle convulsioni febbrili. Nella risposta si scrive, tra l'altro, che «Si ottiene in questo modo (*ndr*: con la somministrazione di DZ per os) un'importante riduzione (maggiore dell'80%) del rischio di ricorrenza». Una simile percentuale, così come viene presentata, alletterebbe chiunque, nonostante l'accento sulla benignità delle CF e sulla possibilità di effetti collaterali dall'uso del DZ. Ma a me non sembra che le cose stiano così. Conosco la revisione di Marchetti e Bonati e i suoi risultati. Gli RCT sulla profilassi delle CF mediante DZ per os sono rimasti quelli, ma la lettura dei risultati a volte può dare risultati diversi. L'unico RCT con risultati "favorevoli" è quello di Rosman e collaboratori: questi autori riportano una riduzione del rischio relativo del 44% nei trattati. Se tuttavia si applica un'analisi "intention to treat", la differenza a favore dei trattati si riduce fino a perdere di significatività e il numero di pazienti da trattare per ottenere 1 successo è 13, che a me sembra un po' elevato, considerando la patologia di cui stiamo parlando. E nessuno dei tre RCT rileva una maggiore efficacia nei casi ad alta recidivanza degli episodi.

L'ultimo commento è sul suggerimento dell'uso del latte di soia nei bambini con IPLV (dato in risposta al dottor Adorni di Collecchio). Gli idrolisati "spinti" sono ancora la prima scelta terapeutica e profilattica per ESPACI ed ESPGAN che hanno pubblicato su questi dietetici un documento congiunto. L'AAP scrive che la soia è tollerata dalla gran parte dei bambini con IPLV, ma anche il 51% è una gran parte. In realtà, anche solo il 7-10% di intolleranza alla soia è una percentuale che mi indurrebbe a suggerire come prima scelta un idrolisato spinto, salvo difficoltà insormontabili. Ma un deciso tentativo lo farei.

Stefano Miceli Sopo
Clinica Pediatrica, Pol. "A. Gemelli", Roma

Devo dire che fa piacere ricevere una let-

tera così (e perché, le altre no? come no!). Rispondo brevemente, con alcune note pratiche.

1. Tutte le considerazioni sono fondate, e le mie risposte non ne saranno all'altezza; ma forse serviranno a condire, non dico ad attenuare, la rigidità degli appunti. Perché, diciamo, la EBM è fondamento essenziale della medicina pratica; ma rischia di diventare una religione, e come tutte le religioni, di produrre eresie.

2. La differente efficacia dell'aciclovir (se è questo il senso della critica) per via endovenosa, rispetto alla via orale, e la sua scelta "obbligata" nelle forme più severe (tanto più quando è in causa il virus varicelloso, che è meno sensibile del virus dell'Herpes simplex), è, come Lei dice, prassi consolidata; è riferita, quasi altrettanto apoditticamente, sull'Harrison, e abbiamo avuto occasione di confermarla nella pratica clinica. Non è sufficiente, è vero, ma è ragionevole. Diciamo anzi che le sperimentazioni "serie" sono fatte tutte utilizzando la via parenterale. Su questo punto, comunque, pregherò anche l'Autore di essere preciso.

3. Le osservazioni sulla profilassi discontinua con diazepam delle CF sono pertinenti; ma dal testo integrale della risposta si intende che il giudizio è comunque negativo nei riguardi di ogni genere di profilassi (il rischio di ricorrenza delle CF non è superiore al 30%; le CF sono un fenomeno antipatico ma innocente, gli effetti indesiderati della prevenzione si osservano in un bambino su

3). In effetti, se c'è ancora spazio per la profilassi delle ricorrenze, questo spazio deve riguardare pochi, pochissimi casi particolari; forse, per questi, la profilassi discontinua (che in questi casi non potrà non venire effettuata secondo la compliance più rigorosa, dunque col massimo dell'efficacia attribuibile) potrebbe essere la prima scelta, da sostituire con la profilassi continua, neppure quella infallibile, in caso di inefficacia o di inconvenienti.

4. Sono un po' meno d'accordo sull'ultimo punto, non per motivi concettuali, ma pratici. Tutti i bambini con IPLV rispondono al cambio di dieta. La soia è meno cara e più appetibile degli idrolisati. Un bambino su 3 con IPLV si sensibilizza alla soia. Ma la trofoallergia non è la leucemia: anche se ricade (alla soia anziché al latte), non è la fine del mondo. Anche qui, la scelta dell'idrolisato, nella grandissima maggioranza dei casi, potrebbe essere la ragionevole seconda scelta (cronologica), anche se in termini di efficacia è la prima.

F.P.

Effettivamente non siamo riusciti a trovare studi clinici di confronto tra trattamento orale versus iniettivo nella varicella severa, disseminata e/o dell'immunodepresso. È verosimile che sia stato storicamente molto difficile decidere di intraprendere tali lavori in consistenti casistiche di pazienti ad alto rischio di vita, confrontando uno standard

sicuro (la somministrazione ev) con i rischi di una somministrazione orale gravata dalla bassa biodisponibilità dell'aciclovir (20%) o dalle condizioni generali di un paziente molto critico, talvolta poco adatte a un trattamento per os. È vero, come giustamente sottende il dottor Miceli, che quello che è "time honoured" ed efficace non è necessariamente "evidence based", e di fatto il testo si riferiva nella fattispecie alla pratica (indiscussa) più che ai livelli di evidenza della letteratura sul confronto con il trattamento orale. A parziale sostegno dell'ipotesi di una possibile efficacia dell'aciclovir anche per os nell'immunodepresso o nelle forme gravemente complicate sta il lavoro di Carcao, citato nell'articolo, sull'uso sequenziale di aciclovir ev e successivamente per os nel trattamento della varicella del bambino immunodepresso; sulla stessa linea è, in fondo, anche la raccomandazione dell'AAP che dà "un colpo al cerchio e uno alla botte" e consiglia aciclovir per os in caso di assunzione di steroidi inalatori («Se la cosa fosse veramente pericolosa, il farmaco dovrebbe essere consigliato ev, poiché probabilmente non lo è ci cauteliamo con il trattamento orale che qualcosa sicuramente farà»).

Cogliamo l'occasione per scusarci con i lettori, e con gli autori dell'articolo citato, per due errori di invio di una bozza sbagliata (due tabelle e una lacuna nel testo), a cui facciamo riferimento nell'errata corrige.

Egidio Barbi

ERRATA CORRIGE

STUDIO DI FORNARO ET AL. (1999)

Popolazione screenata	30.168
Casi di varicella	1599 (5,3%)
Complicanze	56 (3,5%)
Infezioni delle vie respiratorie	21
Infezioni cutanee	12
Otitis	5
Cerebelliti	2
Ascessi	1
Altre	15
Ospedalizzazioni	3

DATI PEDIANET (1997-1998) IN ITALIA

Popolazione screenata	90.000
Casi di varicella	2637 (2,93%)
Complicanze	125 (4,7%)
Ospedalizzazioni	9
Infezioni delle vie respiratorie	3
Infezioni cutanee	4
Cerebelliti	2

Per un errore degli autori dell'articolo *Varicella e aciclovir*, pubblicato sul numero 6/2000, 377-381, le Tabelle II e III sono così modificate. Inoltre la parte sulle immunoglobuline era priva della posologia delle Ig per uso endovenoso presenti in commercio. Immunoglobuline per uso endovenoso: per es. HAIMAZIG fl da 250, 1000, 2500 UI. Le indicazioni non differiscono rispetto alle immunoglobuline intramuscolo. Posologia: 0,2-1 ml/kg (5-25 UI/kg) in infusione endovenosa lenta. Ci scusiamo con i Lettori e con gli Autori dell'articolo citato.

MANFREDI ET AL. STUDIANO 10 ANNI DI RICOVERI IN 10 CENTRI PEDIATRICI (1997)

991	Ricoverati		
219	Bambini (22.1%)	104	A carico di SNC (cerebelliti, nevrassiti, encefaliti, poliradicolonevriti)
247	Complicanze totali	54	Infezioni cutanee e dei tessuti molli
		45	Infezioni delle vie aeree inferiori
		16	Trombocitopenia
		13	Otitis e sinusiti
		7	Infezioni gastrointestinali (diarrea, epatite, sindrome di Reye)
		8	Altro (tra cui 1 miocardite)
2 decessi (1 s. di Reye, 1 miocardite)			