

Il pediatra e la società: bisogno di sicurezza

Gentile Prof. Panizon, tento di risponderle io, avendo riflettuto moltissimo su questo, anche grazie all'esperienza inter-culturale che ho potuto fare. Questo disperato bisogno di sicurezza viene, di riflesso, dalla prevalenza presso i genitori di un'ideologia terapeutica, che vuole e pretende l'indiscriminata e immediata soppressione dei sintomi, senza alcuna ponderazione né gradualità terapeutica. Ideologia espressa bene dalla parola "tampone", con cui i genitori designano la loro aspettativa (spesso estesa al "datemi qualcosa di forte!").

Questa ideologia terapeutica è, a sua volta, parte di una cultura della salute "tradizionale", che è il frutto di un ibrido fra antiche tradizioni, superstizione e assorbimento di elementi di tecnologia moderna, amalgamato attraverso l'elaborazione fantastica e magica di un sapere naturalistico e mitico con concetti razionali. Una cultura purtroppo, nelle sue cognizioni e relativi comportamenti, contraddittoria e irrazionale, e quindi controproducente per la salute del bambino, e che è solo parzialmente giustificata dalla "paura" (ma anche questa è una specie di elemento obbligato del copione rituale che la tradizione assegna al "buon genitore", quindi non è una paura commisurata oggettivamente alla realtà!)

Una cultura di cui i genitori sono vittime e schiavi quasi sempre inconsapevoli (perché non "educati!"), ma che noi PdF purtroppo tendiamo a sposare, stante un rapporto medico-paziente non basato su una vera scelta e collaborazione responsabile, ma più sull'uso strumentale del medico scelto impersonalmente.

Così anche noi, più o meno coscientemente, e spesso per ragioni di comodo, siamo contagiati irrimediabilmente da questa ideologia, essendo portati spontaneamente a chiederci sempre qual è la via più "sicura", cioè spesso quella più indiscriminata e corrispondente ad aspettative e abitudini irrazionali (altrimenti perdiamo il paziente o ci attiriamo le ire dell'intera famiglia!), per spegnere l'"ansia" soppressiva dei genitori.

Ricordo un'esperienza, che per me è stata illuminante, degli influssi culturali sul nostro approccio alla salute, maturata quando ho iniziato a lavorare in Germania, e sintetizzata in due osservazioni e riflessioni:

1. Nonostante in Italia pensassi di essere un parco prescrittore, a Berlino mi sono dovuto accorgere, nel confronto con altri colleghi di ambulatorio, di essere invece un prescrittore inflazionistico e irrazionale.
2. Abituato alle aspettative del genitore italiano, ho dovuto cambiare con non poca fa-

tica l'orientamento della mia valutazione del bambino, che era prima di tutto "che cosa gli prescrivo?", e non quello che si aspettava il genitore medio tedesco: «Aiutami a capire che cos'è e cosa posso fare!».

Sono convinto che cambiare si può e si deve, specie se ci rendiamo conto dei condizionamenti culturali del nostro lavoro e se facciamo un profondo esame di coscienza su quello che è il nostro vero ruolo. E, come già ribadito più volte, il nostro ruolo non è assecondare ma guidare, costi quel che costi!

Al mancato assolvimento di questo compito non ci sono scusanti!

Vincenzo Nuzzo
(dal Forum di Pediatria on-line)

Ho estratto questa lettera, come il prestigiatore, dal cappello di "Pediatria on-line". Forse non è leale, ma ne avevo avvisato il dottor Nuzzo; mi sembrava e mi sembra che questo problema del bisogno di sicurezza, che con un po' di faciloneria e anche di viltà chiamiamo "ansia materna", meritasse una discussione anche su Medico e Bambino. In linea di massima sono d'accordo col dottor Nuzzo, tanto d'accordo da aver rubato la lettera da quell'altra casella. E condivido in pieno l'idea che è un nostro compito etico quello di cambiare le cose, o almeno di opporci, coraggiosamente, a una corrente di "concorso d'interessi", in cui il pediatra accetta e inconsapevolmente incoraggia, maledicendola, l'ansia e la dipendenza delle famiglie. Ma, a differenza di lui, credo che questa "ansia" sia un fatto più universale, meno controllabile. E che, comunque, noi medici ne siamo i primi, ma non gli unici, responsabili.

Questo bisogno di sicurezza non è affatto intrinseco all'uomo: allo stesso modo in cui il bisogno di ricchezza nasce dalla ricchezza, come il bisogno di potere è frutto del potere, così questo bisogno di sicurezza è figlio dell'alto livello di sicurezza già raggiunto. Sessant'anni fa i bambini morivano ancora di difterite e di tetano: eppure né i medici né i genitori cercavano il pur obbligatorio vaccino, e, quando potevano, ottenevano (i genitori) e rilasciavano (i medici) dichiarazioni false di vaccinazioni mai avvenute. L'ho fatto anch'io. Come mai? Semplicemente perché allora non c'era niente che assomigliasse a questa sensazione di "dovuta" invulnerabilità delle persone, e di "obbligatoria" onnipotenza della medicina.

Il risvolto di questo bisogno di oggi sono i procedimenti giudiziari sempre più numerosi e "cattivi" contro i medici sospetti di aver sbagliato. E la sentenza "in dubio" è quasi sempre in favore del paziente. Il bisogno di sicurezza è progressivo. L'ansia vaccinale ha sconvolto il mercato e la mente dei pediatri, prima che dei familiari; i movimenti "con-

tro" ormai fanno quasi tenerezza. È giusto tutto questo? Fa parte dello stato dell'arte.

PS. Questo tema è ripreso in Problemi correnti, nell'articolo dedicato al bambino che non ha niente.

F.P.

Era proprio necessario? Riflessioni sui crediti formativi

Leggo con ritardo l'editoriale del professor Panizon, pubblicato su *Medico e Bambino* del giugno 2000. Dico in ritardo, ma dovrei dire successivamente al Congresso sulla comunicazione, tenutosi a Sorrento in settembre. In quella occasione ebbi modo di proporre, in sede di discussione della tavola rotonda, qualche riflessione sulla effettiva utilità della formazione così come è intesa e così come è prescritta dalla legge.

Le perplessità che portavo in discussione riguardavano essenzialmente una questione di principio. Affermavo, cioè, che il sistema dei crediti formativi previsti dalla legge non è applicabile per la formazione continua, ma ha una valenza nell'apprendimento scolastico in senso stretto. Ha un valore, cioè, là dove il docente necessita di conferma della validità della sua pratica didattica, e nello stesso tempo serve al discente a verificare sul campo il livello del suo apprendimento.

Altra cosa, ritengo, è la necessità di formazione continua degli operatori già inseriti nel mondo lavorativo.

L'esigenza di modellare le proprie conoscenze, sia riferite alla propria crescita culturale (aggiornamento) sia riportate all'applicazione delle stesse nel mondo del lavoro (formazione), deve rimanere appannaggio del singolo; deve, cioè, essere lasciata alla libertà del singolo professionista, alla sua intelligenza, assumendosi con ciò in prima persona tutte le conseguenze che tale libertà comporta.

Altra cosa è l'adeguata applicazione della professionalità, qualora essa sia fornita allo Stato attraverso una mediazione contrattuale.

La giusta applicazione della cultura medica va verificata dal "datore di lavoro" in altro modo, e viene comunque esaminata giornalmente e spontaneamente dal fruitore del servizio specifico. L'ASL o l'Azienda ospedaliera ha tutto il diritto, e direi il dovere, di verificare che il servizio offerto con il denaro del contribuente abbia i giusti requisiti per raggiungere gli obiettivi politici previsti dal legislatore. Sicuramente tale verifica è difficile, ma i mezzi esistono e possono essere applicati con relativa facilità e con adeguate motivazioni, politicamente accettabili all'unanimità.

Per semplificare, il datore di lavoro può valutare lo stato della assistenza erogata dai suoi "dipendenti" in maniera retrospettiva, attraverso la verifica dei risultati raggiunti e l'analisi delle motivazioni che eventualmente non hanno consentito di raggiungere determinati standard: tutto ciò naturalmente preceduto da una giusta impostazione programmata. In altre parole, individuando dei livelli minimi di assistenza al di sotto dei quali non è consentito l'esercizio professionale.

Lo Stato naturalmente non ha alcun interesse alla repressione delle sacche di malasanità, ha interesse invece che tali sacche si riducano il più possibile.

E allora ben vengano le verifiche mortificanti, ma ben vengano nella stessa maniera le gratificazioni appaganti e stimolanti. Le gratificazioni portano gli operatori a lavorare sempre meglio, e per far questo è necessario aggiornarsi e formarsi a seconda delle proprie capacità intellettive, degli obiettivi gratificanti che ci si è preposti, senza alcuna imposizione dall'alto.

Per far questo basta partecipare ai congressi, leggere le riviste sia divulgative che scientifiche, lavorare assieme, scambiarsi esperienze. Non è credibile considerare una categoria, come quella dei Pediatri, incapace di autogovernare le sue conoscenze. Non è pensabile che chi ha scelto di studiare fino a trent'anni abbia voglia di smettere a quaranta.

A Sorrento forse sono stato un po' duro nel rivendicare il diritto della classe medica di esercitare la professione in quanto abilitata dallo Stato italiano. E comunque non è accettabile sentire che l'esame di Stato è un burla perché, se è vero come è vero, che è l'Università che abilita, è anche vero che è l'Università a formare. Quindi non può, a maggior ragione, essere accettato il concetto che gli stessi universitari "formino" attraverso i crediti la classe medica, già non formata sui banchi dell'Università. E ancora peggio sarebbe se a formare fossero abilitati coloro che in tempi più o meno recenti sono stati esclusi, per motivi diversi, dall'appagare la loro voglia di fare didattica.

Per concludere, non credo che in Italia, e in genere nei Paesi occidentali, esista una categoria di Pediatri di basso profilo, tale da essere obbligata a "dimostrare" la propria qualità professionale. Non mi risulta che il livello della nostra ricerca, della nostra didattica e del nostro servizio medico in generale, e pediatrico in particolare, sia da buttare via.

I risultati raggiunti sono sotto gli occhi di tutti.

Giuseppe Quattrone
Pediatria di Famiglia, Reggio Calabria

Il contenuto della Sua lettera non è facile da dipanare. Ci provo.

a) *Ogni medico ha il diritto-dovere a continuare il suo percorso di formazione; il suo eventuale datore di lavoro (più o meno diretto, come nel nostro caso, il SSN con il quale siamo convenzionati) ha soltanto il diritto di valutare se sa far bene il suo lavoro; di valutare, cioè, solo indirettamente il livello della sua formazione, e direttamente la qualità del suo operato (NB: in termini, penso, di consumi, di spesa, di ricoveri, eventualmente di soddisfazione).*

b) *Le verifiche sono mortificanti; se ci sono, occorre che siano accompagnate da gratificazioni stimolanti.*

c) *Il medico è abilitato dallo Stato una volta per tutte; non è colpa di nessuno se l'esame è una burla, o al massimo colpa dell'Università (che meno mette le mani nella formazione, prima o dopo, tanto meglio sarà): ogni controllo successivo sarebbe una sopraffazione.*

d) *La categoria dei pediatri è di alto profilo e non può essere obbligata a dimostrare la sua qualità professionale, che è evidente nei risultati.*

Mi scuso se, non volendolo, avessi forzato il Suo pensiero, ma ci ho messa tutta la mia (poca) onestà.

Provo a rispondere.

a) *È vero che il medico ha il diritto-dovere, e forse, spesso, anche il piacere di continuare il suo proprio, autonomo, percorso formativo. Ed è vero che, senza il desiderio di imparare, non si impara. Ma questo desiderio non è eguale per tutti. Un medico è anche un biologo, e sa che non c'è in natura alcuna funzione che non si distribuisca su una gaussiana. E né la classe medica né la categoria dei pediatri sono state selezionate così rigorosamente da sfuggire a una distribuzione di questo tipo. Dunque, esistono pediatri con poca voglia di progredire. Fatti loro? Fino a un certo punto; e certamente no quando fanno parte, convenzionati o dipendenti, di un servizio pubblico.*

Ma, senza valutare il livello delle loro conoscenze (né evidentemente la qualità del loro rapporto con i pazienti), l'Azienda Sanitaria potrebbe, e forse anche dovrebbe, più semplicemente, limitarsi a valutare i risultati? Sicurissimamente è vero; è altrettanto vero che ne conseguirebbe, automaticamente, una contrazione generalizzata delle prescrizioni, che non è esattamente la stessa cosa del miglioramento della qualità delle cure.

b) *Non vedo perché le verifiche siano mortificanti; solo se fatte male, o solo se uno teme di non essere all'altezza. Un controllo di qualità non è uno scandalo. Anche le macchine vecchie vanno sottoposte a revisione. Un controllo periodico di qualità non sarebbe fuori posto: in altri Paesi è la regola, al-*

meno per la funzione universitaria. Ma in Italia fa scandalo. Gli insegnanti si sentono offesi dall'idea di essere sottoposti a quiz. Avranno le loro ragioni, ma la vera ragione è che non sanno bene se saranno capaci di rispondere. Quanto alle gratificazioni, io penso che il superare un controllo, un confermare all'altezza, sia già una gratificazione; come lo è essere voluti bene dai propri pazienti. O era sempre al quattrino che pensava?

c) *Il "sapere obbligatorio" cresce e cambia con il tempo; e quello che uno, forse, poteva/doveva sapere all'esame di Stato è diverso da quello che deve/può sapere dopo 19 anni di professione. Che l'esame di Stato sia e resti una burla è un fatto. In realtà, l'esame di Stato dovrebbe essere fatto dalla categoria, quindi dall'Ordine dei Medici. In realtà l'Ordine si limita a designare un suo rappresentante, e lo designa tra i membri della Facoltà di Medicina. Questa è una burla, che esprime anche la resa e la decadenza di una classe.*

Che parola icastica, classe! In questa parola c'è forse l'equivoco di fondo. Il medico sente di appartenere a una classe: come un bramino, o un barone, o un prete. Diaconus quondam, diaconus semper.

d) *La risposta è già contenuta in c), e un poco già in a) e in b).*

Mi rendo conto che la mia non è stata una vera risposta al dottor Quattrone: solo l'esposizione di un diverso punto di vista, che probabilmente non vale di più di quello del dottore. Ma una corrispondenza è questo: uno scambio di idee; non c'è uno che ha ragione e uno che ha torto.

Personalmente, ho passato diversi esami, quello di laurea, quello di Stato, quello di specialità, quello di docenza, quello per il quale sono stato incaricato di insegnamento, quello di professore straordinario, quello di professore ordinario. Una di queste volte, sono stato anche bocciato, e ho considerato quella bocciatura come meritata. Poi ho cercato di far meglio.

Mi rendo conto che non stiamo parlando esattamente della stessa cosa; ma ancora una volta parlo dei miei sentimenti e della mia vita. Scusatemi.

F.P.

Linee guida: alcune critiche

Qualche commento e qualche critica sulle linee guida pubblicate nel numero di settembre scorso.

Mi rendo conto che è un po' anomalo che queste critiche siano fatte da un componente del coordinamento scientifico della rivista che ha accettato il testo; ma credo costruttivo che questo tipo di commenti e di critiche venga fatto da tutti quelli che si oc-

cupano e si sono occupati dell'argomento.

Deve esserci un dibattito aperto che metta fine alla incoerenza terapeutica attraverso il consenso più largo possibile.

Vado per ordine.

Polmoniti

1. Nella definizione eziologica della polmonite è fondamentale, come sottolineato dagli autori, farsi guidare dal quadro clinico (e dall'età), ma io credo che l'aggiunta di un semplice test delle agglutinine a freddo, fatto al letto del malato, raccogliendo qualche goccia di sangue dalla puntura di un dito, valga la pena di essere fatto. In assenza, personalmente, ci penserei prima di scegliere il macrolide in prima istanza e sulla sola base dell'età e della clinica (circa 30% di resistenze tra i ceppi di pneumococco, secondo i dati bolognesi!).

2. Per lo stesso motivo non mi sembra giusto indicare il macrolide come l'antibiotico di scelta nei casi con allergia alle beta-lattamine; la probabilità del 30% e più di incontrare un pneumococco resistente mi sembra infatti inaccettabile per una infezione non banale come la polmonite. Se consideriamo inoltre con quanta facilità viene data l'etichetta di allergico a un bambino per un comune e insignificante esantema da amoxicillina, possiamo ancora meglio capire quanto "pericolosa" possa essere questa indicazione. Negli allergici, allergici veri, potremmo usare la clindamicina, il cloramfenicolo, ma anche le cefalosporine di 2° e 3° generazione che solo eccezionalmente cross-reagiscono con la penicillina (Anné S, Reisman R. Risk of administering cephalosporin antibiotics to patients with histories of penicillin allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995;74(2):167-70).

3. Due parole sull'indicazione alla radiografia del torace quando vi sia: «persistenza o aggravamento del quadro clinico nonostante la terapia medica». Mi sembra che occorrerebbe precisare meglio la durata "giusta" del tempo di attesa per considerare inefficace "quell'antibiotico". A mio vedere 24 ore bastano e avanzano per capire che "quell'antibiotico" non serve. Ma se è in terapia con beta-lattamico e non ha compromissione generale, ma solo tosse e febbre, non sentirei neppure il bisogno della lastra per virare al macrolide.

4. Infine, su quest'ultima classe antibiotica, credo dobbiamo oggi dire che l'eritromicina non dovrebbe essere più presa in considerazione: a differenza delle molecole più nuove (claritromicina, ma anche solo josamicina). La vecchia eritromicina, dotata di uno specifico effetto farmacologico sulla motilità del digerente, produce troppi, inutili, disturbi gastrici, quasi insopportabili nel più grandicello o nell'adulto (non possiamo farci troppo condizionare dalla letteratura statunitense che, esasperatamente

attenta alla spesa, vorrebbe che si continui a utilizzare la vecchia eritromicina o la vecchissima penicillina).

Faringotonsillite

1. Prima di decidere di trattare con macrolide un soggetto allergico alla penicillina (mi dispiace tornare su un argomento così debole, vista la rarità di questa allergia in età pediatrica), sarebbe opportuno un antibiogramma per valutare le resistenze (fino al 40% dei ceppi di SBA sono resistenti!). Entro 9 giorni di malattia si fa in tempo a trattare senza rischio di RAA.

2. Non vengono menzionate le possibili terapie brevi che pure hanno documentata dimostrazione di efficacia nell'eradicare lo streptococco dal faringe. Tra queste mi sembra non possa essere dimenticata l'amoxicillina (50 mg/kg/die) in due dosi/die per 6 giorni. L'efficacia di questo schema, sia nell'adulto (Peyramond D, Portier H, et al. 6-day Amoxicillin versus 10-day Penicillin V for group A beta-haemolytic Streptococcal acute tonsillitis in adults: a french multicentre, open-label, randomized study. *Scand J Infect Dis* 1996;28:497-501) che nel bambino (Cohen R, Levy C, et al. Six day amoxicillin vs. ten day penicillin V therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:678-82), ha raggiunto un grado di evidenza non minore di quello dell'unica somministrazione per 10 giorni, che gli Autori accettano. A me sembra uno schema "vincente", specie in un'epoca in cui l'incidenza del RAA (e con questa anche il timore e la compliance alla terapia di 10 giorni) è quasi azzerata.

Otite media acuta

1. Nella domanda n°4 dei quiz di autovalutazione («Quale delle seguenti affermazioni su sinusite e OMA è corretta? a) l'associazione amoxicillina+clavulanico copre il 100% dei ceppi implicati; b) in Italia, più del 10% dei ceppi di pneumococco sono resistenti ai beta-lattamici; c) l'antibiogramma nel tampone faringeo è indicato nelle tonsilliti recidivanti»), io avrei detto con sicurezza che la risposta b) è quella giusta. Viceversa, avrei considerato erronea la risposta a), proprio perché non considera la resistenza non beta-lattamasi-resistente indicata come corretta. È vero che nella popolazione pediatrica l'incidenza di ceppi resistenti alla penicillina supera appena il 5% (dati dell'Osservatorio Epidemiologico Italiano per il monitoraggio delle resistenze agli antibiotici nei patogeni respiratori comunitari, 1997-1999: GIMMOC vol .IV, 1:2000), ma in Italia, adulti compresi, pur con ampie variazioni tra Sud, Nord e Centro, la percentuale di ceppi di pneumococco resistenti alla penicillina arriva al 10% e lo supera.

2. Di fatto anche i colleghi di Bologna indicano come trattamento di scelta l'amoxicillina alla dose di 50-100 mg/kg/die. Questa indicazione è evidentemente dettata dall'attenzione ai ceppi mediamente resistenti. Ma alcuni Autori, nei Paesi a più alta incidenza di resistenze, è stata proposta in ogni caso la dose di 75 mg/kg per la terapia di ogni forma di infezione potenzialmente da pneumococco (Canafax D, et al. Amoxicillin middle ear fluid penetration and pharmacokinetics in children with acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:149-56). Lo stesso appunto vale anche per la terapia della polmonite, per la quale oggi io consiglio sempre di utilizzare un dosaggio più elevato di amoxicillina (75-100/mg/kg). Ricordo che proprio dalla necessità di aumentare il dosaggio della amoxicillina senza aumentare anche quello dell'acido clavulanico (che darebbe disturbi gastrointestinali), la SmithKline Beecham metterà a breve in commercio anche in Italia una nuova formulazione di *Augmentin* pediatrico con rapporto 7:1 (attualmente 4:1) tra i due componenti. Comunque sia, mi sembra un po' troppo vago il dosaggio consigliato di amoxicillina: "50-100" (perché/quando 50 e perché/quando 100?).

3. Anche la durata di 5-7 giorni per il trattamento breve dell'otite è troppo vaga. I 5 giorni sono sufficienti per il trattamento breve nell'OMA (Kozyrskij A, et al. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: a meta-analysis. *JAMA* 1998;279:1736-42); mentre, oltre all'età inferiore ai due anni, anche la perforazione timpanica viene considerata in letteratura essere indicazione al trattamento lungo (10 giorni) (Pichichero ME. Changing the treatment paradigm for acute otitis media in children. *JAMA* 1998;279:1748-50).

Sinusite

1. Mi sorprende che si consideri la rinoscopia come atto diagnostico da farsi «nell'ambulatorio ORL», visto che ogni pediatra può e sa farla facilmente da solo con l'uso di un comune otoscopio (Longo G. Quando sospettare la sinusite nel bambino. *Medico e Bambino* 1982;2:13-17).

Giorgio Longo, Trieste

Cerco di cavarmela con una risposta personale, e trasmetto contemporaneamente la lettera al gruppo bolognese, autore delle linee guida in questione.

Comincio con il quiz incriminato, di cui sono diretto responsabile. Se Longo è rimasto imbarazzato, certo io devo avere un po' di colpa, perché i quiz devono essere per loro natura non ambigui, né confondenti. Ma ho fatto del mio meglio e credo di potermi di-

fendere. I quiz di Medico e Bambino non sono solo autovalutazione; sono anche invito alla lettura dei testi che li accompagnano, e la risposta a ogni dubbio deve venire dal pezzo di rivista a cui fanno riferimento. Ora, nell'appendice delle linee guida, la percentuale di ceppi di pneumococco resistenti, almeno a Bologna (che tuttavia corrisponde a un campione non marginale), è quasi nulla. Devo dire che ne sono rimasto un po' sorpreso anch'io; ma leggere serve proprio a questo, a sorprendersi, dunque a imparare, perché la realtà cambia nel tempo, e non corrisponde sempre a quanto si pensa. Forse, in queste cifre c'è qualche ambiguità, perché in Italia la resistenza del pneumococco al beta-lattamico è quasi sempre molto parziale, con MIC poco superiore a 1; e probabilmente una parte di queste non viene indicata come "resistente". In ogni modo, ho telefonato al professor Principi: i suoi dati (per l'Italia) confermano una prevalenza del 10% di resistenza alla penicillina, di cui 7 a media resistenza e solo 3 ad alta resistenza (MIC>2) e solo del 2% di resistenza alla amoxicillina. Il quiz è salvo: si parlava di resistenza ai beta-lattamici, l'amoxicillina è un beta-lattamico, il ceftriaxone a cui rispondono anche i ceppi resistenti con MIC>2 è un beta-lattamico.

Quanto alla domanda b), se l'associazione beta-lattamico/clavulanato copra tutti i patogeni dell'otite, anche li ho cercato la non ambiguità, evidentemente senza riuscirci. L'associazione in effetti copre tutto, almeno in teoria, anche i piogeni poco importanti (emofilo, moraxella); ma è vero non copre i pneumococchi resistenti. Per questi, va detto, l'associazione (come d'altronde l'amoxicillina non protetta) continua ad andar bene, ma solo a un dosaggio, magari solo moderatamente, più alto. Questo è tanto più vero se il rapporto amoxi-clavulanico non è

necessariamente quello dell'Augmentin; e tanto più facile se, come dice Longo, la SmithKline Beecham ha in preparazione un nuovo prodotto in cui questo rapporto è, appunto, alquanto più spostato in favore dell'amoxicillina.

E quale sarà allora la dose "giusta" di amoxicillina, sola o accompagnata che sia? Anche questa non dovrà necessariamente essere uguale per tutte le età e per tutte le localizzazioni. Questo dà ragione, mi sembra, all'apparente ambiguità: a rigore, per il diverso rapporto peso/superficie, il bambino sotto i 10 kg dovrebbe ricevere il doppio, per kg, della dose per il bambino di 30 kg. Principi mi conferma comunque che i 50 mg/kg dovrebbero bastare quasi per tutti, comprese la maggior parte delle infezioni da pneumococco con resistenze intermedie, specialmente nel polmone, dove la diffusione è massima (ma qui stiamo parlando dell'otite, dove la diffusione è più difficile, e dove d'altronde l'autoguarigione è più la regola che l'eccezione). Per tutto questo, l'indicazione 50-100 (ma oggi potremmo dire forse con più larghezza 60-120) va, a mio avviso, conservata, forse precisando meglio questo rapporto con l'età a cui non sempre si pensa.

Ma non voglio né darmi ragione per forza (un quiz discutibile non è mai un quiz veramente ben fatto) né dare per forza ragione alle linee guida, che potranno certamente essere migliorate (sollecitiamo ulteriori contributi e ci ripromettiamo, se il gruppo bolognese sarà d'accordo, alla fine del prossimo anno, con le modifiche che il gruppo avrà deciso di accettare, e con tutti i dati "postumi" riguardanti l'accettazione, l'implementazione, gli effetti misurabili), ma che restano, mi sembra, un prodotto di tutto rispetto, per la metodologia seguita e per l'intento di incidere sulla realtà. Una guida alle guide.

Sulla maggior parte delle proposte del dottor Longo, sono, personalmente, d'accordo. Così per l'amoxicillina per 6 giorni nella tonsillite streptococcica; così, ovviamente per la rinoscopia, fatta dal pediatra e non solo dall'otiatra; per l'alibi troppo spesso evocato della (assai rara) allergia alla amoxicillina; per l'obsolescenza dell'eritromicina; per la prudenza necessaria (test rapido per le agglutinine?) nel decidere di usare in prima battuta il macrolide, verso cui le resistenze del pneumococco sono molto più importanti e molto più comuni che per l'amoxicillina. In sostanza, quasi tutto questo è scritto nei nostri, forse troppo disinvolti, "protocolli di pediatria ambulatoriale", scritti per le pagine elettroniche, che hanno sì il loro onesto appoggio di letteratura, e quello della lunga esperienza "controllata" nella nostra Clinica, ma che non sono formalmente validati da nessun altro. Perché adesso, giustamente, le persone li vogliono "validati" (e magari, poi, non li seguono lo stesso).

È specialmente per questo motivo che le linee guida devono essere per loro natura caute, frutto, come sono, di un lungo lavoro collaborativo (che vuol dire anche di un gioco di equilibri e di un bisogno di "indiscutibile" accettabilità); devono affidarsi a una ricerca bibliografica esauriente, devono misurare il numero e il peso delle conferme della letteratura, non possono essere cambiate se non dopo un dibattito interno; devono, specialmente, cercare il più largo consenso e il più largo seguito.

Il vero problema delle linee guida non è quello di essere perfette, ma quello di essere seguite: e, per esserlo, devono essere, dall'inizio, condivise.

F.P.

Associazione Culturale Pediatri

TABIANO X

PEDIATRIA FACILE MEDIA DIFFICILE

23-24 Febbraio 2001

Grande Albergo Astro