

## Lettere

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

### Cambiare la pediatria: le parole e i fatti

Ho letto con attenzione tutti i contributi del Focus, pubblicato sul numero di aprile scorso (*Medico e Bambino* 2007;26:221-9); sono ricchi di analisi, ma soprattutto di esortazioni. Tutti concordano sulla necessità di cambiamento e sul fatto che tale cambiamento debba venire in parte DALL'ALTO e in parte DAL BASSO. Permettetemi di essere scettico.

Quali segnali ci vengono dall'alto?

1. Si dice che si ricovera troppo ma, di fatto, l'ospedale viene remunerato solo sui ricoveri (ordinari e che durano almeno tre giorni), la visita ambulatoriale è retribuita una miseria e, almeno in Lombardia, è stato praticamente cancellato il Day Hospital diagnostico (Delibera di Giunta VIII/3111 del 1.8.2006).

2. Si dice che è esagerato l'accesso al Pronto Soccorso (PS), ma si estende l'esenzione dal ticket per i codici bianchi fino ai 14 anni e per gli altri si riduce il ticket stesso da 30 a 25 euro (Legge Finanziaria 296 del 27/12/2006): non che fosse un gran deterrente, ma era almeno un piccolo invito a un uso responsabile del PS.

3. Si dice che bisogna incentivare la cura sul territorio ma si approva una Convenzione per la pediatria di famiglia che:

- lascia invariati gli orari minimi di apertura degli studi (15 ore/settimana fino a 840 assistiti, art. 35 comma 5);
- prevede che il pediatra di famiglia (PdF) possa accedere all'ospedale, oltre che per tutta una serie di sacrosanti motivi, anche "ai fini di evitare dimissioni improprie, con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare" (art. 48, comma 6). Sembra prefigurare un ignobile scenario in cui ospedale e PdF litigheranno per "scaricare" il paziente difficile;
- prevede incentivi per la pediatria di gruppo che sembrano abbastanza modesti, soprattutto a fronte delle indennità "fisse" (art. 58B).

Di fronte a questi segnali DALL'ALTO, tenderei a essere scettico anche sulle possibilità di cambiamento DAL BASSO (cioè "spontaneo"). È possibile, anzi probabile, anzi quasi certo, che il lettori di *Medico e*

*Bambino* siano tutti individualmente motivati al miglioramento, anche a prezzo di sacrifici individuali e avendo come unico guiderdone la consapevolezza di un lavoro ben fatto. La realtà credo però che insegnamenti e comportamenti collettivi (le vaccinazioni, la raccolta differenziata, la sosta selvaggia ecc.) cambiano ("migliorano") solo in presenza di un calibrato mix di sanzioni e incentivi provenienti dall'alto (che poi non è altro, banalmente, che l'atto di governare). Di fatto, l'uomo (inteso non come individuo, bensì come "animale collettivo") NON è BUONO PER NATURA, e quindi non adotta spontaneamente i comportamenti virtuosi.

Su questo tragico equivoco è caduto il Comunismo, figuriamoci se non rischia di cadere la Pediatria italiana!

**Massimo Fontana  
Ospedale dei Bambini "V. Buzzi", Milano**

*Lo scetticismo di Fontana è ragionevole e motivato e ci fa riflettere sul fatto che (senza molti giri di parole) gli aspetti di principio di cui si parla (condivisi, condivisibili, roboanti nelle dichiarazioni) si scontrano con provvedimenti e logiche retributive che sono in primis di salvaguardia dell'esistente (mantenere i bilanci in positivo a qualsiasi costo, guadagnare di più, essere politicamente populistici...).*

*Eppure queste logiche, apparentemente schizofreniche, mai come ora richiamano la necessità di discutere e di decidere su quale deve essere il futuro della pediatria in Italia. Il Forum di Pisa<sup>1</sup>, alcune riflessioni<sup>2,4</sup> e il Focus di Medico e Bambino<sup>5</sup> (vogliamo ancora una volta ricordarli come base per una discussione democratica, anche se ancora da implementare) sono espressione di bisogni prioritari; i contenuti e gli aspetti organizzativi che emergono sono in gran parte comuni, ma anche, su alcuni punti, ancora divergenti. Il pragmatismo e la ragionevolezza dovrebbero essere il motore per andare avanti e per decidere.*

*Ci sentiamo di suggerire alcuni passi successivi che mantengono alto il dibattito e il programma di lavoro:*

*a) i tavoli di lavoro, che sono stati aperti nel Forum di Pisa, andrebbero mantenuti in modo permanente anche se necessariamente focalizzati a obiettivi prioritari che devono essere possibilmente condivisi da tutta la comunità pediatrica. Quello che*

*interessa in primis è definire quale deve essere il programma di salute che la comunità pediatrica vuole garantire per l'infanzia e l'adolescenza;*

*b) ne conseguono gli aspetti organizzativi che non possono più seguire delle logiche "di categoria" o di eccessiva regionalizzazione;*

*c) i punti di contraddizione esistenti tra il dire e il fare (a cui ci richiama il dottor Fontana) sono delle priorità che devono trovare proposte operative di soluzione (dal basso) da discutere (a nome dell'intera comunità di pediatri italiani) con chi deve decidere (dall'alto). Ad esempio su: cambiamento del sistema di remunerazione dei ricoveri ospedalieri e incentivazione delle attività ambulatoriali e di DH e di osservazione breve; organizzazione funzionale, su tutto il territorio nazionale di una "vera" pediatria di gruppo con continuità assistenziale, che coinvolga anche personale socio-sanitario non medico (ad esempio gli infermieri).*

*Vogliamo credere che tutto questo sia ragionevole e che non possa essere più oggetto di contrapposizioni. La pediatria ha una occasione unica per essere migliore di quella che è attualmente. Se non ci si presenta uniti e soprattutto con un progetto di lavoro pragmatico e virtuoso che, su alcuni punti, è facile da immaginare, il rischio è proprio quello di cadere (come dice Fontana) o di vivere a campare o di subire provvedimenti dall'alto, di cui nessuno è convinto.*

*Medico e Bambino su questi aspetti sta svolgendo la sua parte. Vogliamo ricordare che alcuni cambiamenti importanti socio-sanitari trovano spesso, a livello internazionale, un riscontro sulle pagine di importanti riviste (BMJ, N Engl J Med, Lancet), con interventi anche dei politici che decidono (nel bene e nel male). Il Focus "Cercando un senso: il futuro della pediatria in Italia" (aprile 2007) (oggetto anche di un comunicato stampa) ha trovato al momento pochi riscontri, almeno in termini di discussione (ci attendevamo sinceramente di più) e qualche polemica non esplicitata nei contenuti. Sarebbe bello se il risultato di una discussione più allargata che riguardi ufficialmente, nel ruolo istituzionale che svolgono, la SIP, la FIMP e l'ACP, arrivasse sul tavolo e nella mente del Ministro della Salute e degli Assessori regionali alla Sanità. Darebbe davvero "il senso" del*

*cambiamento che tutti auspichiamo e che di fatto sembra essere già in atto. È proprio di questi giorni la proposta, all'articolo 18 del Ddl di ammodernamento del SSN, di costituire le unità di assistenza primaria che al comma 1 recita nel seguente modo: "al fine di dare risposta immediata ai bisogni di salute e di garantire efficacia e continuità nell'assistenza primaria, le Regioni disciplinano l'istituzione delle Unità di Medicina generale e delle Unità di Pediatria, quali strutture organizzative elementari per l'erogazione delle prestazioni di medicina generale cui afferiscono obbligatoriamente tutti i medici di medicina generale (MMG), gli specialisti pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale". Sulle pagine di molte riviste di Medicina generale il dibattito su queste proposte è continuo, critico ma sicuramente proficuo, per arrivare a una struttura organizzativa funzionale al cambiamento di cui tutti sono consapevoli. Molti MMG si stanno già attrezzando per il cambiamento. E noi pediatri a che punto siamo? Attendiamo ulteriori proposte e soluzioni concrete.*

Federico Marchetti

#### Bibliografia

1. Saggese G. Editoriale. Area Pediatrica 2006;7(6):3-4
2. Saggese G. Cambiare modello di cura? Un passo indietro per il SSN. Il Sole 24 ore, Sanità, 13-19 giugno 2006. [http://www.wold.sip.it/pdf/documenti/allarme\\_pediatri.pdf](http://www.wold.sip.it/pdf/documenti/allarme_pediatri.pdf).
3. Marchetti F. Possono i pediatri accettare un cambiamento nella loro pratica? Medico e Bambino 2005;24(8):499-500.
4. Marchetti F, Panizon F. Quale pediatra per quale pediatria (Editoriale). Medico e Bambino 2006;25(8):483-4.
5. Biasini GC, Meneghelli G, Amari S, Guerra L. Cercando un senso: il futuro della pediatria in Italia. Medico e Bambino 2007;26(4):221-9.

#### La terapia del croup: alcune precisazioni

Scrivo in rapporto all'articolo "La terapia del croup", pubblicato sul numero di aprile scorso (*Medico e Bambino* 2007;26(4):242-8), per sottolineare un aspetto che mi sta particolarmente a cuore, quello della terapia con adrenalina per via aerosolica.

Nell'ormai lontano 1995, con l'amico Mario Canciani, affrontammo il trattamento del croup con quelle che allora erano la novità del momento: l'adrenalina, anche non racemica, e la budesonide per via aerosolica (*Medico e Bambino* 1995;14(3): 128-30). In quegli anni, sia io che Canciani eravamo frequentemente impegnati nelle notti

di guardia in Pronto Soccorso (PS) e avevamo imparato a utilizzare in tutti i casi di croup, lievi o medio-gravi che fossero, già in prima battuta, associati nella stessa ampolla dell'aerosol, l'adrenalina e lo steroide inalatorio, che allora era (ma credo che nel nostro PS lo sia ancora) il solito inossidabile *Clenil*. Per quei tempi si trattava di una soluzione originale, mentre oggi rappresenta quasi un riflesso condizionato, un trattamento che ogni infermiera sa attivare per ogni bambino con "tirage" che arriva al PS. Una terapia vincente, adottata da tutti per quell'effetto "magico", quasi immediato, dell'adrenalina, che viene poi mantenuto per merito del *Clenil* e che permette al medico astante di non dover "passare la notte in piedi".

Di fatto sono pochi i bambini che dopo questa semplice terapia aerosolica devono ricorrere a trattamenti aggiuntivi o richiedere di rimanere in ospedale per qualche ora (nel nostro PS la "osservazione breve" è stata fatta con 45 bambini in tre anni, all'incirca nel 20% degli accessi per croup). A mio sapere non siamo certamente i soli ad aver adottato questo comportamento terapeutico con l'adrenalina in prima battuta e certamente non sono nemmeno pochi i pediatri di famiglia (PdF) che sanno consigliarla anche a domicilio, con grande beneficio, in particolare per quei bambini con laringospasmo (notturno) ricorrente.

Nell'articolo di F. Marchetti e P. Salierino viene fatta una completa valutazione di tutto il problema del trattamento del "croup" con quella rigorosa attenzione all'EBM che non può oggi mancare. In questo modo però le loro conclusioni, pur in accordo con ogni altro protocollo della letteratura, portano a suggerire, come trattamento "cardine" del croup, il cortisonico per via orale (forse egualmente efficace, ma più "economico" rispetto a quello inalatorio), riservando l'adrenalina ai casi più gravi (e nessun riferimento viene fatto al possibile utilizzo domiciliare della stessa). Tutto questo appare quindi in sostanziale contrasto con l'abitudine, adottata da più di 10 anni presso il PS di Trieste, di utilizzare l'adrenalina con il *Clenil* in aerosol, subito, a tutti i bambini con "tirage". Un approccio che regge nel tempo per la sua collaudata efficacia, ma che, dallo stesso articolo appare oggi non supportato dalla "evidence based medicine".

Il problema, a mio avviso, risiede nel fatto che gli RCT di riferimento hanno valutato gli outcome principali del "viral croup", cioè della laringotracheite in senso stretto, quella che, diversamente dal "croup spasmodico", può evolvere in senso peggiorativo e portare al ricovero, se non all'intubazione. Sono esiti che vanno giustamente valutati a 6, 12, 24 ore dopo l'accesso al PS. Il problema è però molto di-

verso se lo guardiamo dal punto di vista del medico astante che viene svegliato nel pieno della notte e per il quale l'outcome prioritario è quello di far cessare il "tirage". Per lui non fa grande differenza se si tratta di un "spasmodic croup" o di un "viral croup", anche perché oggi, come giustamente ricordato dagli Autori, quello virale, il croup vero: "...tende ad appiattirsi verso la manifestazione clinica più lieve, la laringite spastica". E così accade che nella pratica dell'ogni giorno (o dell'ogni notte) di PS si utilizzi in prima battuta l'adrenalina in aerosol (usualmente una fiala di adrenalina con una fiala di beclometasone) con l'obiettivo di dimettere rapidamente il bambino appena il "tirage" migliora; mentre lo steroide per os viene somministrato soltanto in un secondo tempo, quando la gravità del croup appare più marcata o, forse soltanto, più persistente. Ciò però accade di rado: nella nostra esperienza soltanto nella metà di quei 45 casi che sono stati trattenuti in ospedale per una osservazione breve (il che vuol dire in appena il 10% dei bambini che si presentano al PS con "tirage") (dati non pubblicati). Tutte queste considerazioni anche per dire che l'efficacia del cortisone per os può essere misurata soltanto nel "viral croup", che rappresenta oggi, nella sua forma più grave, un evento infrequente, mentre nei tempi brevi, quelli immediatamente più utili in PS, certamente non può servire.

A questo proposito leggo che il cortisone per os funziona già dopo la prima ora (che è comunque troppo tardi per un medico astante), ma, considerando la farmacocinetica del cortisone, ho forti dubbi che questo sia possibile e, a mio sapere, non ci sono nemmeno dimostrazioni limpide che ciò sia vero. Nella citata metanalisi di Kairys l'efficacia del cortisone ad alte dosi si rende evidente non prima di 12 ore dalla somministrazione.

Sempre per quello iatus, mai facilmente sanabile, che passa tra il fare empiricamente collaudato e il fare che vuole essere scientificamente "dimostrato", vorrei spendere ancora due parole sull'aspetto dell'umidificazione, agganciandomi alla condivisibile affermazione degli Autori che auspicano uno studio condotto dai PdF per verificare se è realmente inutile l'inalazione di vapore acqueo.

Contro le dimostrazioni ineccepibili degli RCT sta infatti la comune e immancabile osservazione fatta dai genitori che i bambini, all'arrivo in ospedale, stanno già molto meglio di quando sono partiti da casa. E cosa è successo da casa all'ospedale se non l'aver inalato dell'aria molto più umida (e non più a respirazione orale e russante) di quella che di norma troviamo negli ambienti riscaldati delle case moderne? Gli studi che hanno dimostrato l'inefficacia



## Lettere

dell'inalazione di vapore acqueo sono stati fatti sempre dopo l'arrivo al PS, quando, a mio parere, la respirazione di aria umida aveva probabilmente già dato quel poco (ma non pochissimo) che poteva dare.

**Giorgio Longo**

Non troviamo le ragionevoli precisazioni di G. Longo molto diverse da quanto riportato nell'articolo di revisione.

I punti controversi che sottolinea Longo sono relativi a: 1) uso del cortisonico (CS) per via inalatoria (da preferire) rispetto a quello per os; 2) uso più esteso nella raccomandazione dell'adrenalina associata allo steroide per aerosol.

1. Le diverse linee guida e revisioni della letteratura sul trattamento del croup danno la preferenza al cortisone per os rispetto a quello inalatorio in quanto, da quanto dichiarato, a parità di efficacia, la via orale sembra essere più economica<sup>1,3</sup>. Nel nostro lavoro criticiamo ragionevolmente questa indicazione: "La ricerca clinica prodotta sul trattamento del croup è ampia, spesso ripetitiva nelle informazioni e a volte troppo "convenzionale" nei messaggi conclusivi che vengono riportati (ad esempio su un utilizzo di una dose alta di CS per os; sulla preferenza "sempre" del CS per os rispetto a quello per aerosol)". E aggiungiamo che "nella pratica clinica, sia ambulatoriale che di PS, le cose sono nella maggioranza dei casi semplici e facilmente protocollabili e senza sostanziali novità rispetto a 10 anni fa", riferendoci proprio all'esperienza sul campo di Canciani e Longo<sup>4</sup>.

Il punto controverso riguarda i tempi di azione del cortisone per os vs quello per via inalatoria. Purtroppo, come richiamiamo nell'articolo e in alcune nostre osservazioni che contestano l'indicazione formale nei casi di croup (laringotracheite) di usare sempre il cortisone per os<sup>5,6</sup>, non vi sono studi "robusti" (nel quesito clinico e nella evidenza prodotta) che hanno chiarito questo importante aspetto. Al momento, tuttavia, come richiamato nell'articolo, quello che sappiamo, sulla base dei pochi studi clinici che hanno valutato come misura di outcome i tempi "brevis" di efficacia del trattamento steroideo, è che i cortisonici inalatori agiscono entro 30 minuti<sup>1,7</sup>, mentre i cortisonici somministrati per via sistemica agiscono non prima di un'ora<sup>1,8,11</sup>. Ne deriva che in presenza di un croup che merita di essere trattato (ma lo è di fatto anche il croup lieve)<sup>12</sup> la via aerosolica, qualora disponibile, è a nostro avviso da preferire, anche e soprattutto in merito ai tempi sicuramente dimezzati nel migliorare la sintomatologia. È quello che comunemente facciamo nella pratica. D'altra parte l'uso dello steroide per os rappresenta un'alternativa, formalmente dimostrata nell'efficacia da una revisione sistematica dei numerosi

studi clinici controllati che hanno incluso bambini con croup (laringotracheite) di grado lieve e moderato<sup>13</sup>.

2. Riguardo all'adrenalina per aerosol, quello che diciamo è che va utilizzata, sempre e in associazione allo steroide, nei casi di croup di grado moderato-severo (vedi Tabella II, pag. 247), e questo sembra essere ragionevole. È esperienza comune che nei casi di croup non impegnativi anche il solo trattamento con il beclometasone o la budesonide (ma anche con il cortisone per os<sup>12,13</sup>, in un contesto ad esempio domiciliare) è in grado di risolvere la sintomatologia. Nei casi di accesso in PS di bambini con croup "a vista d'occhio" clinicamente rilevante (sia nella forma di laringotracheite che di laringospasmo, spesso difficili da distinguere) sono le stesse infermiere, come dice Longo, a "preparare" l'aerosol con l'adrenalina e steroide. Questa scelta, come riportato nell'articolo, "garantisce un successo terapeutico a basso costo" ed è ragionevole utilizzarla anche a domicilio nei (rari) casi di laringospasmo ricorrente.

**Federico Marchetti, Patrizia Salierno**

### Bibliografia

1. Fitzgerald DA, Kilham HA. Croup: assessment and evidence-based management. *MJA* 2003;179(7):372-77.
2. Robert BW, Brian HR, Robin JA. Current pharmacological options in the treatment of croup. *Expert Opin Pharmacother* 2005;6:255-61.
3. Baumer HJ. Glucocorticoid treatment in croup. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2006;91:ep58-ep60.
4. Canciani M, Longo G. Novità nella terapia del croup. *Medico e Bambino* 1995;14(3):128-30.
5. Marchetti F, Longo G, Ventura A. Dexamethasone for mild croup. *N Engl J Med* 2004;351(26):2768-9.
6. Marchetti F, Bua J, Lazzarini M. Oral or inhaled corticosteroids for the treatment of croup? *Arch Dis Child Ed Pract* 2007;92:ep13.
7. Fitzgerald DA, Mellis CM, Johnson M, et al. Nebulized budesonide is as effective as nebulized adrenaline in moderately severe croup. *Pediatrics* 1996;97:722-5.
8. Super DM, Cartelli NA, Brooks LJ, et al. A prospective randomised double-blind study to evaluate the effect of dexamethasone in acute laryngotracheitis. *J Pediatr* 1989;115:323-9.
9. Cruz MN, Stewart G, Rosenberg N. Use of dexamethasone in the outpatient management of acute laryngotracheitis. *Pediatrics* 1995;96:220-3.
10. Geelhoed GC, Macdonald WBG. Oral dexamethasone in the treatment of croup: 0.15 mg/kg versus 0.3 mg/kg versus 0.6 mg/kg. *Pediatr Pulmonol* 1995;20:362-8.
11. Donaldson D, Poleski D, Knipple E, et al. Intramuscular versus oral dexamethasone for the treatment of moderate-to-severe croup: a randomized, double-blind trial. *Acad Emerg Med* 2003;10:16-21.

12. Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J, et al. Treatment of mild croup with a single dose of oral dexamethasone: a multicenter, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 2004;315:1306-13.

13. Russell K, Wiebe N, Saenz A, et al. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; Issue 1:CD001955.

### La bronchiolite del lattante

Vorremmo tornare sul tema della bronchiolite dell'ABC (*Medico e Bambino* 2007; 26:177-80), che ha trovato nel numero scorso alcune benevole critiche da parte della dr. Gortani e una difesa che ci è parsa forse un po' troppo "giustificatoria" del dr. Longo.

Le critiche, anzi lo "stupore", riguardavano prima di tutto i concetti di bronchiolite recidivante e di bronchiolite persistente che la Gortani definisce "estranei a chi come me ha imparato a guardare alla bronchiolite come a un fenomeno acuto, autorisolvendosi e quasi per definizione mai ricorrente... precisando che "una bronchiolite da VRS, quella vera, possa persistere oltre i tempi usuali" (tanto da produrre un quadro di bronchiolite persistente) è cosa che non conoscevo e di cui peraltro non arrivo a trovare riferimento nella letteratura". La difesa d'ufficio ammetteva che questi termini potessero essere nosologicamente inappropriati. Entrambi hanno ragione. Però.

Vorremmo dire innanzi tutto una cosa. L'ABC in questione nasce da un piccolo seminario tenuto all'ospedale di Portogruaro, che partiva appunto dalla presentazione di alcuni casi a evoluzione fastidiosa, di polipnea (60-70 R/M) con wheezing persistente per molte settimane, dopo un esordio e una clinica indistinguibili da quelli di una bronchiolite e verificatisi nel corso di una epidemia di bronchiolite, e di altri casi egualmente esorditi come bronchioliti che erano poi stati caratterizzati da episodi di wheezing altamente ricorrente. Quindi da casi veri. E che fanno parte del comune "esser pediatri".

Forse nella letteratura recente non si trova granché; si tratta infatti di problemi che non hanno trovato molte spiegazioni, e come dice giustamente la dr. Gortani, di problemi vecchi (ma non per questo, lo diciamo ora noi) né inesistenti, né estranei alla pratica professionale, e nemmeno di problemi sepolti. La maggior parte delle sperimentazioni controllate che li riguardano (e che sono citate in bibliografia) sono però recenti o recentissime. In ogni modo, senza disturbare troppo la letteratura, e per quanto riguarda la bronchiolite "persistente (ci permettiamo di sottolineare che questi termini, meramente descrittivi, sono stati da noi abbondantemente

virgolettati), se si va a leggere il vecchio *Nelson* (ultima edizione, peraltro), si trova: "After the critical period, symptoms may persist. One study of ambulatory children in South Africa, the median duration of symptoms was 12 days ("median duration", attenzione!).

All'altro tema contestato, il wheezing ricorrente post-bronchiolitico, il vecchio *Nelson* dedica poi un altro capitoletto (*Recurrent wheezing after bronchiolitis*), in cui si esprimono concetti molto vicini, se non eguali a quelli più modestamente e così poco originalmente espressi nel nostro ABC (giusto per chiarezza, noi le abbiamo chiamate "bronchiti asmatiformi ricorrenti post-bronchiolite").

La Gortani scrive poi (e veramente facciamo un po' di fatica a seguirla) che "i concetti di bronchiolite recidivante e di bronchiolite persistente non solo ripropongono antiche incertezze ma anche inducono a confermare errate consuetudini terapeutiche come l'uso del *Clenil* indifferentemente in ogni aerosol del bambino con fischio (in fondo male non fa) e dell'antibiotico "senza pensarci due volte" (come se fosse sempre sospettabile la presenza di una *Chlamydia*). Ci pare un salto, per così dire, pindarico, forse anche un po' ingiusto. Ci permettiamo di richiamare l'attenzione su alcuni punti del testo: fine della penultima colonna, sulla limitazione dei (rari) casi di (pseudo) bronchiolite da *Chlamydia* (*trachomatis*, non *pneumoniae*!) ai primi tre mesi di vita, con le conclusioni che ne conseguono ("nei primi tre mesi, considererei ragionevole aggiungere questo tipo di trattamento antibiotico... ma certamente questo non rientra nelle linee di un trattamento standard protocollare"); ultime righe del quartultimo capoverso della terzultima colonna ("gli steroidi inalatori non servono né durante la crisi né

per prevenire la successiva"); ultime due righe del penultimo capoverso della stessa colonna ("gli antibiotici non hanno un effetto statisticamente misurabile"). Tutti questi concetti sono ripetuti, forse un po' noiosamente, nel testo.

Non vorremmo che questa nostra lettera acquistasse un sapore polemico, ma forse lo ha già acquistato. D'altronde, se un articolo provoca reazioni di rigetto, qualche motivo ci dev'essere, e se dà luogo a incomprensioni, vorrà dire che c'è stato un difetto di chiarezza, anche se non siamo stati capaci di riconoscerlo, malgrado una attenta (nostra) lettura. Se serve a render chiaro quello che chiaro non è stato, vorremmo comunque precisare: a) che esiste (non che esisteVA) una confusione diffusa e addirittura UFFICIALE tra bronchiolite e bronchite asmatiforme, per la buona o cattiva ragione che hanno sintomi in parte simili e un'età in parte sovrapponibile; b) che questa confusione si trasforma in terapie innocenti ma inappropriate, oggetto di ricerche controllate non solo in Italia ma in molti altri Paesi; c) che i termini di bronchiolite ricorrente e di bronchiolite persistente, definiti, nella più benevola delle critiche, come "nosologicamente inappropriati" sono stati insistentemente virgolettati, ripetutamente spiegati nel loro significato descrittivo (e non nosologico) ed esplicitamente riportati a quella che crediamo essere la loro collocazione nosologica, cioè di bronchite asmatiforme.

Non crediamo di avere rivangato antiche incertezze, ma semmai di aver affrontato attuali confusioni, più o meno le stesse a cui la Gortani attribuisce l'uso sconsiderato (ma correntissimo) degli steroidi inalanti. Ella avrà probabilmente avuto la fortuna di trovare, nell'ambito della scuola di specialità, chi le ha insegnato le cose

con chiarezza fin dalla prima volta, gli A, B, e i C. Ma le cose chiare sulla carta non restano sempre altrettanto chiare nella vita e, quando ci si trova di fronte a fattori confondenti, si può scegliere tra negarne l'esistenza e cercare di spiegarli. Siccome poi i casi fuori protocollo esistono, esiste anche la necessità di affrontarli basandosi sulla conoscenza, che deriva sia dai casi protocollabili sia dalla epidemiologia sia dalla compatibilità epistemologica. E non ci pare che questo sia "fuori tema".

Un'ultima precisazione, più generale, sulla rubrica ABC. Si chiama così per diverse ragioni: tratta argomenti che fanno parte della quotidianità e che sono quindi l'ABC della pediatria; ne tratta in maniera colloquiale e, partendo "dal basso", si propone di "rialfabetizzare" su argomenti su cui il tempo ha steso una patina confondente, come nel caso della bronchiolite, ma senza restare per questo in superficie. Ha preso una sua forma standard, di colloquio tra due persone che si danno del tu, di cui una, da come parla, appare più giovane e critica, mentre l'altra, vecchia, è più vecchia, vissuta, e ha un più facile rapporto con la letteratura. In realtà si tratta dello sdoppiamento di una persona che si fa delle domande e cerca di darsi delle risposte. La stessa forma standard è stata mantenuta nella stesura di questo pezzo, alla cui costruzione abbiamo contribuito mettendo a confronto diversi punti di vista, così come dubbi ed esperienze diverse (ma non troppo), ponendoci domande e cercando nelle diverse esperienze personali, ma anche nella letteratura, risposte generalizzabili e utilizzabili. Ci spiace di non essere, evidentemente, riusciti del tutto in questo intento.

F. Panizon, A. Pulella, R. Cavaliere, A. Tisci

[www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)

**COLLABORA CON NOI - COMMENTA GLI ARTICOLI!**

**Medico e Bambino** offre a tutti i suoi lettori la possibilità di commentare i propri articoli, collegandosi al sito della Rivista ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)); sezione "Scrivi a M&B, Commenta gli articoli". Il fine è quello di favorire l'instaurarsi di una proficua discussione dall'alto valore scientifico tra i lettori in primis, e tra i lettori e gli Autori stessi, collaboratori attivi di **Medico e Bambino**.

I commenti ricevuti saranno preventivamente vagliati da **Medico e Bambino** che ne valuterà la possibile pubblicazione, riservandosi un tempo massimo decisionale di 7 giorni lavorativi.

Tra i testi approvati, quelli che si distingueranno per originalità e valore scientifico potranno trovare spazio anche sulla Rivista cartacea.

**Medico e Bambino** ringrazia fin d'ora tutti coloro che abbracceranno questa opportunità e che contribuiranno ad approfondire importanti tematiche, rendendo il dibattito scientifico più proficuo e stimolante.