

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute (500 parole circa). Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

## Self help, test rapido, PCR

Quello che non mi convince del test rapido per la ricerca dell'antigene streptococcico (RAD) è il fatto che l'algoritmo proposto per il suo utilizzo mi sembra poggi su basi troppo opinabili, probabilistiche, non riuscendo così a migliorare in modo sostanziale il percorso diagnostico, rispetto alla sola valutazione clinico-epidemiologica (*Medico e Bambino* 2007;26:370-4; 445-8).

I 5 segni di McIsaac sono una base sicura?

Dal punto di vista logico un sintomo che non c'è (la tosse) non dovrebbe avere un peso paragonabile alla linfadenite dolente o alla febbre alta; anche chi è in benessere paradossalmente ha punteggio 1 di McIsaac (non ha la tosse!); praticamente la gola rossa in un bambino di 4 anni senza altri sintomi (McIsaac = 2) mi porrebbe già nel dubbio di fare il RAD?! Potrebbero essere questi, ingiustamente trascurati, i bambini che avranno "la metà dei reumatismi articolari acuti (RAA)" (quelli che all'anamnesi non hanno l'infezione documentata da streptococco beta-emolitico di gruppo A, SBA)? Forse non a 4 anni, ma fra i più grandi, chissà.

È previsto (valutazione pre-test) che si sia a conoscenza dell'incidenza di tonsillite da SBA in quel luogo e in quel periodo, e che si possa quantificare con esattezza in una percentuale questo dato epidemiologico; questa misura condizionerà il rapporto di verosimiglianza post-RAD, ma il pediatra di famiglia ne è in possesso? Da dove può prendere questa nozione?

In merito all'algoritmo, ci si può chiedere se si può lasciare senza coltura (e senza antibiotico?) un bambino:

- con punteggio 3 di McIsaac in assenza di addominalgia, vomito, petecchie, vicinanza con affetto, rash scarlattiniforme, e con RAD negativo?
- con punteggio 2 di McIsaac, in presenza di segni di sospetto compreso il rash scarlattiniforme, e con RAD negativo?

Alla fine dei conti, pre e post-RAD, il medico resta con delle probabilità; mi sembra che la valutazione clinica, che pure fornisce delle probabilità eziologiche, porti alle stesse conclusioni e agli stessi dubbi, anche prescindendo da un esame come il RAD, che dà falsi negativi (il caso di Antonio) e non distingue i portatori dai malati (il caso di Cleopatra).

E i RAD "indotti" (insieme ai test per la proteina C reattiva, PCR) dall'ansia dei genitori?

Il caso di Cleopatra sarà così raro? E se ci mettiamo a fare RAD "su richiesta", a tap-

peto, non diventa uno screening sistematico delle gole rosse? Il rischio, in questo caso, è ovviamente di vedersi crescere i RAD negativi, vista la maggiore prevalenza delle infezioni virali; e a questo punto possiamo fidarci del risultato negativo di un test con una sensibilità insoddisfacente?

L'altro rischio dei RAD a tappeto è ovviamente di trovarne di positivi come nel caso di Cleopatra; così la ricerca dei portatori, cacciata giustamente dalla porta, con motivazioni ormai condivise dai più, rientra inopinatamente dalla finestra?

E poi mi chiedo quale sia il nostro obiettivo: prevenire il RAA?

A proposito di screening sistematico delle gole rosse (mi sembra che anche l'algoritmo emerso dal progetto PROBA dell'Emilia Romagna ci sia molto vicino - *Medico e Bambino* 2008;27:38-42), mi viene in mente, e mi scuso per la forzatura, lo screening del QTc lungo nei neonati, che mi risulta sia stato abbandonato, fra l'altro, per la bassa predittività positiva; cioè, se l'obiettivo del nostro ragionare e del nostro fare è prevenire la rarissima malattia reumatica, che nella metà dei casi si manifesta in bambini con anamnesi negativa per infezione progressiva da SBA, viene da chiedersi se ne valga la pena; cioè, nonostante i nostri documentati eccessi nella prescrizione antibiotica, metà dei RAA (comunque numeri piccolissimi) sfuggono allo "screening dell'infezione da streptococco", e allora?

Uno studio citato su *Medico e Bambino*, supplemento di dicembre scorso (2007; 26(10):25), riporta numero di RAA=0 su 5876 bambini con tonsillite streptococcica non trattata, a partire da casi di oltre 30 anni fa; non sarebbe forse il caso di abbandonare un po' il rompicapo, e rivolgere i nostri interessi e le nostre energie altrove?

Se l'obiettivo è far star meglio il bambino, possiamo anche pensare di fare la coltura, oppure optare per il trattamento con antibiotico di una faringotonsillite clinicamente "suggestiva", e vedere a brevissimo l'effetto che fa.

Anche l'uso della PCR nel contesto delle nostre patologie "ambulatoriali" può dare veramente un aiuto sostanziale? In un quadro come quello descritto nell'articolo del dott. Reggiani, il dosaggio della PCR poteva essere superfluo, perché la diagnosi era fatta con la clinica e lo stick urine.

Riporto due episodi aneddotici che dovrebbero far riflettere:

1. Bambino di circa 4 anni visitato presso un Reparto di Pediatria per una faringotonsillite con febbre; bambino in buone condizioni generali, gli viene richiesto il tampone

ma anche esami ematici "di base"; e qui arriva la PCR "pericolosa" (18 mg/dl); il bambino viene allora ricoverato e sottoposto a terapia ev con cefalosporina e aminoglicoside (!). Sfebrato dopo 48 ore; poi arriva anche il tampone, negativo. Sarebbe un caso da pubblicare, probabilmente la prima (speriamo anche l'ultima) faringotonsillite virale, trattata con doppio antibiotico (!) in vena (!); invece purtroppo è un'esperienza passata "inosservata" e quindi potenzialmente ripetibile nello stesso contesto.

2. Bambina di 13 mesi, ricoverata per enterite; per il riscontro di PCR di 18 mg/dl le viene fatto ceftriaxone ev; anche questo "curare la PCR" qualche dubbio lo solleva.

Quindi, attenzione a fidarsi "troppo" della PCR, che sappiamo poco specifica anche se molto sensibile per infezione batterica.

**Alberto Neri**  
Pediatra di famiglia, Cento (Ferrara)

*Un po' mi dispiace. Mi dispiace che non sia stato colto il messaggio reale degli articoli citati sul self help diagnostico: e cioè un uso del test diagnostico sempre modulato, articolato, convissuto con la valutazione clinica ed epidemiologica.*

*La ricerca dell'eziologia streptococcica di una faringotonsillite è prevenzione primaria del RAA. Concordo sul fatto che il rischio di RAA è molto basso, e che tutto il problema può essere (ed è) messo in discussione, ma le raccomandazioni ufficiali, per ora, sono categoriche. Resta il problema della buona pratica clinica, cioè del curare, quando è possibile, la malattia in funzione dell'eziologia, e nel caso specifico di abbreviare i tempi della febbre e del malessere.*

*Quanto al punteggio di McIsaac, va ricordato che è per bambini affetti da faringotonsillite. Non si può dire che chi è in benessere, poiché non ha tosse, parte già da 1 punto, perché, se è in benessere, non ha una faringotonsillite. Non si può dire che chi ha la gola rossa e nessun altro sintomo abbia già un McIsaac di 2, perché il punteggio per dare 1 alla clinica del faringe è: tonsille ipertrofiche o con essudato, che è un po' diverso.*

*Poiché mi sembrava una lettera improntata sulla critica alla diagnostica selvaggia, l'obiezione di fermarsi al RAD nei casi citati (punteggio 2 e 3: RAD negativo senza ricorrere alla coltura), prevista dall'algoritmo, è curiosa. In realtà lo scopo dell'algoritmo è proprio quello di stimolare l'integrazione fra clinica, epidemiologia e ricerca batteriologica. Quanto al test rapido, non ha performance sostanzialmente diverse dalla coltura: dipende sempre da chi fa il tampone, da chi fa*

il test rapido, da chi fa la coltura, e ha come referenza ovviamente la rapidità della risposta, riducendo il più possibile il ricorso a ulteriori accertamenti.

Quanto alla conoscenza epidemiologica, io penso che qualsiasi pediatra di famiglia con un certo numero di assistiti sia in grado di farsi una stima epidemiologica di massima degli accessi al proprio ambulatorio, che non significa definire una percentuale precisa, ma identificativa di una maggiore o minore prevalenza di quella patologia. Attualmente noi ci siamo accorti, ben prima delle affermazioni televisive, della aumentata prevalenza di infezioni da adenovirus in corso almeno nella nostra zona.

Infine, e per quel che riguarda la PCR e la diagnostica inutile, io penso che avere a disposizione in ambulatorio la possibilità di dosare il valore di PCR in un bambino febbrile senza causa in uno stato generale compromesso (valutazione clinica) non è un eccesso diagnostico: è un ausilio di definizione di gravità che non toglie una diagnosi di batteriemia.

**Lamberto Reggiani**  
Pediatra di famiglia, Imola (Bologna)

Ci scusiamo sia con il dott. Neri che con il dott. Reggiani se abbiamo dovuto tagliare, per motivi di spazio (ma crediamo senza togliere niente di significativo), entrambi gli interventi. Per quanto riguarda la posizione della rivista, non possiamo che concordare, in ogni punto, con la risposta del dott. Reggiani. Il problema della effettiva importanza e possibilità della prevenzione primaria del RAA è stato abbastanza esaurientemente discusso su Medico e Bambino e rappresenta un problema reale.

Quanto alla PCR, a titolo personale, devo dire che mi sorprende alquanto il fatto che delle scelte di cattiva pratica medica vengano proposte, dal dott. Neri, come esempi di errore indotto dall'esame, anziché da una sua impropria valutazione. Il primo caso era (quasi) certamente un caso di tonsillite da adenovirus. Sul secondo non si sa niente, perché niente ci viene detto della sua clinica; è certo che (se non era anche quello una tonsillite) il dato della PCR meritava, a parte la terapia, un approfondimento di indagine, dall'esame delle urine alla emocoltura, a quant'altro; a tutto quello cioè che una buona pratica clinica avrebbe richiesto.

**Franco Panizon**

### Aspetti controversi sulla prevenzione del deficit di vitamina D

Contrariamente a quanto si pensi, il rachitismo da deficit di vitamina D è ancora

presente sia nei Paesi più industrializzati, soprattutto in alcune fasce di soggetti come gli immigrati dal Nord Africa e gli adottati dall'Est dell'Europa, sia in alcune popolazioni in Paesi in via di sviluppo o che vivono in zone, come il Medio Oriente, nelle quali l'irradiazione solare è abbondante durante tutti i mesi dell'anno. La vitamina D sembra protettiva nei riguardi di alcune neoplasie, malattie cardiovascolari, malattie autoimmuni (psoriasi, sclerosi multipla, artrite reumatoide, diabete mellito tipo 1), schizofrenia, depressione ecc<sup>1</sup>.

Per l'adulto, Holick<sup>1</sup> suggerisce che valori di 25-idrossivitamina D (25-OH-D) inferiori a 20 ng/ml siano già indicativi di un deficit di vitamina D, e che livelli superiori a tale soglia, fino a 30-40 ng/ml, sarebbero indispensabili per garantire un assorbimento ottimale di calcio dall'intestino, valori di paratormone pienamente nella norma e un'ottimale forza muscolare e densità ossea. Secondo Bouillon e collaboratori<sup>2</sup> questi valori/soglia sarebbero troppo alti, poiché l'80% della popolazione europea e circa la metà della popolazione mondiale hanno valori < 30 ng/ml.

Anche nel bambino la soglia ottimale di 25-OH-D non è ben definita. Alcuni studi hanno dimostrato che valori di 25-OH-D superiori a 11 ng/ml sono in grado di prevenire il rachitismo<sup>3</sup>. Per altri questo valore è troppo basso, e infatti si può trovare associato a rachitismo<sup>4</sup>.

Bouillon e collaboratori<sup>2</sup> hanno inoltre sollevato il problema della possibile tossicità dell'impiego giornaliero di dosi elevate di vitamina D per prevenirne la carenza (fino a 4000 UI/die), in particolare durante la gravidanza e l'allattamento, data la consistente variabilità della sensibilità alla vitamina D. È comunque fuori dubbio che è da evitare l'impiego in profilassi di dosi elevate di vitamina D (es. 100.000-300.000 UI) ripetute a breve intervallo, che possono dar luogo a ipercalcemia.

Un altro aspetto discusso da Holick<sup>1</sup> è l'uso estensivo di filtri solari a elevato fattore di protezione, che ha portato a una pandemia di deficit di vitamina D. Nel lattante sono sufficienti, durante il periodo estivo, 2 ore di esposizione settimanale del volto e delle mani per ottenere valori di 25-OH-D maggiori di 11 ng/ml<sup>5</sup>. Tuttavia, alle nostre latitudini, la sintesi cutanea di vitamina D avviene soltanto in alcuni mesi dell'anno, in rapporto alla quantità di raggi UV-B; in autunno inoltrato, nei mesi invernali e all'inizio della primavera, il bambino, anche se esposto al sole, non è in grado di produrre vitamina D, e il rifornimento di vitamina D viene mantenuto utilizzando le riserve (tessuto adiposo)<sup>6</sup>.

La dose ottimale di vitamina D per la profilassi non trova un consenso universale. Holick<sup>1</sup> suggerisce l'impiego di almeno 400 UI al giorno, in accordo con un Consensus

della Società Europea di Endocrinologia Pediatrica<sup>7</sup>, ma in disaccordo con le ultime indicazioni dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP) che suggeriscono un apporto di vitamina D di 200 UI al giorno in tutti gli allattati al seno, quantità corrispondente grossolanamente a quella assunta dai lattanti al poppatoio che ricevono circa 500 ml/die delle formule arricchite con 400 UI/l<sup>8</sup>.

D'altra parte, anche il latte materno contiene poca vitamina D (< 50 UI/l), tuttavia nelle nostre regioni il rachitismo è prevenuto dalla naturale irradiazione. I casi di rachitismo carenziale descritti negli ultimi anni riguardano bambini con allattamento al seno esclusivo e protratto che non avevano ricevuto un'adeguata esposizione solare<sup>9</sup>. In ogni modo, non essendo ragionevole monitorare la 25-OH-D in tutti i bambini, la scelta più pratica e ragionevole è quella di implementare la dieta dei bambini allattati al seno con 200-400 UI/die di vitamina, in accordo con le considerazioni fatte fin qui, e con le raccomandazioni sostanzialmente univoche delle Società di Pediatria, di Neonatologia e di Endocrinologia. Noi siamo più propensi a mantenere un apporto di 400 UI al giorno di vitamina D in tutti gli allattati al seno, fino a circa 2 anni di vita, sospendendo la somministrazione durante il periodo estivo se il bambino viene esposto regolarmente al sole. Negli allattati con formula, per assicurare un apporto pari a 400 UI, sarebbe opportuno integrare la quota di vitamina D in base alla quantità di latte assunta giornalmente. Tale apporto sembrerebbe favorire l'acquisizione di una migliore massa ossea e la prevenzione di alcune patologie croniche, come suggerito anche da Holick<sup>1</sup>. Un dosaggio di vitamina D superiore a 400 UI al giorno non aumenta invece la protezione del rachitismo e sembra essere quindi poco utile allo scopo<sup>4</sup>. Nei casi nei quali la compliance è scarsa possono essere somministrate 100.000 UI di vitamina D per via orale, ogni tre mesi, durante il periodo invernale<sup>10</sup>, come ad es. alla fine di ottobre e alla fine di gennaio.

Poiché le indicazioni dell'AAP sulla profilassi con vitamina D pubblicate nell'aprile 2003<sup>8</sup> hanno, per consuetudine della stessa AAP, una durata di 5 anni a meno che non vengano confermate, riviste o ritirate entro tale termine, nel corso di questo anno dovremmo aspettarci delle nuove indicazioni su questo argomento, anche in base alle più recenti conoscenze sulle azioni extrascheletriche della vitamina D.

### Bibliografia

1. Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med 2007;357:266-81.
2. Bouillon R, Norman AW, Lips P. Vitamin D deficiency. N Engl J Med 2007;357:1980-1.
3. Greer FR. Issues in establishing vitamin D re-

commendations for infants and children. *Am J Clin Nutr* 2004;80(6 Suppl):1759S-62S.

4. Holick MF. Resurrection of vitamin D deficiency and rickets. *J Clin Invest* 2006;116:2062-72.

5. Specker BL, Valanis B, Hertzberg V, Edwards N, Tsang RC. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1985;107:372-6.

6. Baroncelli GI. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007;357:1981.

7. Hochberg Z, Bereket A, Davenport M, et al.; European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) Bone Club. Consensus development for the supplementation of vitamin D in childhood and adolescence. *Horm Res* 2002;58:39-51.

8. Gartner LM, Greer FR, and the Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. Prevention of rickets and vitamin D deficiency: new guidelines for vitamin D intake. *Pediatrics* 2003;111:908-10.

9. Baroncelli GI, Bertelloni S, Ceccarelli C, Amato V, Saggese G. Bone turnover in children with vitamin D deficiency rickets before and during treatment. *Acta Paediatr* 2000;89:513-8.

10. Tau C, Ciriani V, Scaiola E, Acuna M. Twice single doses of 100,000 IU of vitamin D in winter is adequate and safe for prevention of vitamin D deficiency in healthy children from Ushuaia, Tierra Del Fuego, Argentina. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2007;103:651-4.

**Giampiero Baroncelli, Silvano Bertelloni,  
Francesco Vierucci  
UO Pediatria II, Azienda Ospedaliero-  
Universitaria Pisana**

*Ci scusiamo con il dott. Baroncelli e i suoi collaboratori se abbiamo dovuto tagliare, per motivi di spazio (ma crediamo senza togliere niente di significativo), il loro interessante intervento.*

*L'implementazione di vitamina D a tutti i bambini allattati al seno è suggerita dalla AAP, da altre società e da un recente Consensus della Società Italiana di Neonatologia, a cui la Rivista ha già dato largo spazio, e non possiamo che aderire a queste raccomandazioni. Nello stesso tempo non possiamo non far presente che la quasi totalità (dico quasi, ma in realtà tutti quelli di cui sono a conoscenza) dei (pochi) casi di rachitismo segnalati in Italia (e altrove) sono extracomunitari poveri e colorati, mai esposti al sole, come dicono anche il dott. Baroncelli e collaboratori, ai quali probabilmente non arriverà mai la raccomandazione di aggiungere la vitamina D; e che i (numerosi) casi di rachitismo segnalati nel Medio Oriente, e anche nell'Oriente più lontano (personalmente ne ho visti moltissimi in Afghanistan) sono dovuti all'abitudine delle donne mussulmane e dei loro lattanti di non uscire di casa, oppure al pesante smog delle grandi città. È possibile che l'assunzione di vitamina D nel lattante aumenti la massa ossea; ma l'osso del lattante è piccolo e "tiene" poco calcio, mentre il picco della ossificazione si verifica durante la pubertà, età in cui si ritrovano molto spesso bassi livelli ematici di 25-OH-D, e che forse è l'età più adatta per un inter-*

*vento preventivo (della osteopenia senile, unico problema di medicina sociale legato alla scarsità delle riserve di calcio). Non possiamo nemmeno fare a meno di ricordare i casi (una piccola epidemia) di "avvelenamento" da vitamina D dovuto alla "fortificazione", per legge, del latte di latteria, in Inghilterra, negli anni '50, che sono gli anni in cui si è appreso che la sensibilità alla vitamina D, geneticamente controllata, è molto diversa da caso a caso, sostanzialmente imprevedibile, e certamente non misurabile dosando la 25-OH-D nel sangue.*

**Franco Panizon**

### Uso dell'adrenalina nel croup

A "Confronti in Pediatria 2007", a Trieste, si è messo in evidenza, malgrado le linee guida, che la dose di adrenalina necessaria a risolvere o tuttavia a controllare un croup, sono molto al di sotto di quelle consigliate.

Dall'analisi delle linee guida formulate dalla SIMEUP (Società Italiana per l'Emergenza - Urgenza Pediatrica), nel 1997, si evince una suddivisione del croup in forma lieve, moderata, grave sulla base di uno score di Wistley modificato. Per la forma moderata, per la quale è previsto un punteggio tra 6 e 10, viene consigliata una dose adrenalinica, per aerosol, che oscilla tra 0,1 e 0,25 mg/kg; se non migliora, è prevista la ripetizione fino a 3 mg/kg per ora, trattandola come la forma grave.

Ritengo che la dose di 0,1 mg/kg di adrenalina nella forma levogira non diluita sia sufficiente per le forme di croup più frequenti, mai oltre la moderata, associata a due fiale di beclometasone o budesonide (fi da 0,5 mg, che intera contiene 1 g di budesonide), cui segue il cortisonico per os o im.

In un percorso diagnostico-terapeutico, molto ben fatto, aggiornato al 2004, e formulato dall'Ospedale Santobono di Napoli (UO di Pronto Soccorso), si cita ragionevolmente un uso dell'adrenalina levogira diluita 1:1000 a 0,05 mg/kg.

**Clotilde Alizzi  
VI Pediatria per le Emergenze dell'ARNAS  
Palermo**

*Sono perfettamente d'accordo con Lei (e con quanto fanno al Santobono e anche con quanto detto a "Confronti 2007") che nel croup di ogni giorno (o meglio di ogni notte al Pronto Soccorso) è sufficiente utilizzare le dosi più basse di adrenalina. Personalmente, quando lavoravo in Pronto Soccorso, ricordo di aver sempre usato una sola fiala di adrenalina, mescolata con uno o due flaconcini di beclometasone, senza badare troppo al peso del bambino, che comunque nell'età più tipicamente colpita dal croup va dai 10*

*ai 20 kg al massimo. Quello ricercato è d'altro canto l'effetto essenzialmente "topico" dell'adrenalina, nel quale il peso del soggetto conta verosimilmente poco o nulla. Le esperienze della letteratura riportano dosaggi molto variabili da 0,1 a 0,5 mg/kg, ma con casistica anche molto più seria, o trattata in terapia intensiva. Ma quando si parla di dosi, è giusto confrontarsi con i potenziali effetti negativi dell'adrenalina e nell'ormai datato articolo di Medico e Bambino<sup>1</sup> segnalavo come questi siano legati essenzialmente alla quota inalata perché quella ingerita non viene assorbita in quanto rapidamente metabolizzata dall'intestino e dal fegato. La quota inalata può però variare di molte volte in rapporto alla qualità del nebulizzatore utilizzato. Con un buon apparecchio si può calcolare che approssimativamente il 10% della dose messa nell'ampolla arriva al polmone ed è per questo che il nostro consiglio è di utilizzare la dose di 0,1 mg/kg (max 3 mg: 3 fiale dell'adrenalina levogira 1:1000 in commercio in Italia), che è appunto 10 volte la dose raccomandata per via im nell'anafilassi del bambino (0,01 mg/kg, max 0,3 mg).*

*Lancet<sup>2</sup> e N Engl J Med<sup>3</sup> hanno pubblicato quest'anno in contemporanea, nella stessa settimana di gennaio, una messa a punto sul croup e sostanzialmente propongono lo stesso algoritmo terapeutico che prevede l'uso dell'adrenalina in aerosol soltanto nelle forme "severe", preferendo il solo desametasone per os ad alte dosi (0,6 mg/kg) in tutti gli altri casi. Inoltre, probabilmente perché considerata soltanto nei casi gravi, l'adrenalina viene indicata per tutti, indipendentemente dal peso del bambino, al dosaggio più elevato: 5 ml, 5 fiale della nostra adrenalina levogira 1:1000. Ma a volte succede che chi fa le linee guida non fa le guardie in Pronto Soccorso e così finisce per essere troppo attento all'EBM e dimenticare il fare quotidiano (vale la pena di confrontare a questo proposito anche il commento di Federico Marchetti sulle pagine elettroniche di maggio di quest'anno<sup>4</sup> e l'articolo di revisione sulla terapia del croup pubblicato recentemente sempre su Medico e Bambino<sup>5</sup>).*

### Bibliografia

1. Longo G, Bradaschia F. Adrenalina: tante vie per tante indicazioni. *Medico e Bambino* 1997;16:17-21.
2. Bjornson CL, Johnson DW. Croup. *Lancet* 2008;371:329-39.
3. Cherry JD. Clinical practice. Croup. *N Engl J Med* 2008;358:384-91.
4. Marchetti F. Il trattamento del croup, tra conformismo e pratica clinica. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2008;11(5) [http://www.medicoebambino.com/?id=CM0805\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=CM0805_10.html)
5. Marchetti F, Salierno P. La terapia del croup. *Medico e Bambino* 2007;26:242-8.

**Giorgio Longo**

## Insicurezze e allergia

Egregio Prof. Panizon,

sono un medico di medicina generale da alcuni anni in pensione. Ho sempre letto con interesse e piacere i Suoi articoli, e vorrei sottoporLe una mia perplessità. In una lontana ricerca avevo riscontrato una maggior frequenza di riniti allergiche in bambini primogeniti e figli unici, e avevo proposto come possibile spiegazione una maggior insicurezza delle madri nel maneggiare il primo figlio, insicurezza che potrebbe ridursi coi figli successivi.

Chissà se questa ipotesi non sia ancor oggi timidamente riproponibile, alla luce dei sempre più frequenti riscontri di come situazioni di insicurezza (situazioni in realtà ben più serie del non saper maneggiare i bambini) possano favorire l'insorgere di asma.

Come Lei sa, un fattore che collega insicurezza e forme allergiche sembra essere l'ormone rilasciante corticotropina (CRH), che viene liberato in situazioni di sensazione di abbandono e di pericolo, e che da un lato aumenta il cortisone (che riduce o impedisce le risposte immunitarie), dall'altro può stimolare la risposta allergica attivando direttamente o indirettamente le mast-cellule, liberando IL-4 e favorendo la svolta Th2.

Capire cosa faccia prevalere l'una o l'altra di queste azioni (o di altre possibili) permetterà forse di rispondere a varie domande. Ad esempio, alla domanda di perché i bambini che vanno all'asilo o al nido presentano meno forme allergiche, considerando che in gran parte dei bambini che frequentano il nido o l'asilo è stato riscontrato un aumento del cortisone, e quindi del CRH.

Il CRH però, indipendentemente da una sua eventuale azione pro o contro lo sviluppo di forme allergiche, segnala comunque una situazione di paura e sofferenza, e sembrerebbe essere anche in grado di provocare effetti negativi sulla situazione emotiva attuale e futura del bambino.

Il CRH infatti provoca, o aumenta, marcato disagio, ansia e depressione sia nell'uomo che nell'animale da esperimento, e nell'animale da esperimento si è rivelato capace di modificare a lungo termine la risposta a novità e pericoli.

Sarei lieto di sapere se Lei si è già espresso su questo argomento. Mi scusi se ho approfittato della sua cortesia, e se ho eccessivamente semplificato gli intricati argomenti in cui mi sono avventurato.

Luigi Grillo  
Medico in pensione, Como

*Le Sue osservazioni sono perfette, e sono state ripetutamente confermate nella letteratura internazionale recente. Solo l'interpretazione è diversa: presume che la differenza di manifestazioni atopiche tra il primogenito e i secondo-terzogeniti sia dovuta alla maggiore precocità con la quale i secondi, i terzi e i quarti, quando ci sono, contraggono le infezioni respiratorie. Il primo se le prende quando socializza (scuola materna), il secondo se le prende dal primo, quando è ancora "in famiglia". Questa precoce esposizione alle infezioni produrrebbe lo shift da una eventuale "costituzione atopica", chiamiamola così, ovvero orientamento Th2 della macchina immunologica verso un orientamento Th1, che li preserva dal raffreddore da fieno.*

*Devo aggiungere che le Sue osservazioni testimoniano da una parte un'inconsueta capacità di osservazione, dall'altra una puntuale capacità di trasformazione delle osservazioni in dati oggettivi, a prezzo di un lavoro statistico non irrilevante e condotto con pervicace onestà intellettuale.*

*Personalmente, mi permetto di fare mie (modificandole) alcune delle sue considerazioni sui dati riguardanti il CRH nei bambini che frequentano la scuola materna e l'asilo nido. L'aumento del CRH indica, ovviamente, uno stato di tensione, di allarme, di stress, facilmente comprensibile. A questo, io penso, anche sulla base di un famoso, specifico esperimento, effettuato su adulti volontari, che ha messo in evidenza uno strettissimo legame tra la presenza di uno stress cronico e la disponibilità a venire colonizzato (da virus respiratori inoculati sistematicamente) e a presentare sintomi di malattia. Sulla base di quel non recente, ma storico, esperimento mi sono da tempo convinto che almeno una parte della sindrome delle infezioni respiratorie ricorrenti è legata a quello stress cronico. Chissà se le mamme lo sanno, o se almeno lo percepiscono. E se la nostra società, che considera quasi un obbligo virtuoso il lavoro femminile (in un tempo storico in cui il lavoro ha perso di utilità e dunque di prezzo) e la disponibilità generalizzata di asili e asili nido per consentire alle mamme di lavorare, non dovrebbe forse ripensare a questo problema "anche" in altri termini, tenendo conto dei veri interessi delle generazioni future. Ma queste considerazioni potrebbero dipingermi come un reazionario prepotente, come in fondo sono, ma come non mi piace di apparire. Sicché, resti come non detto.*

Franco Panizon

software e servizi per la pediatria

[ [www.infantia2000.it](http://www.infantia2000.it) ]

Accessibilità  
Continuità  
Integrazione  
Appropriatezza  
Tempestività  
dei dati clinici

**NO PROBLEM.**

Per informazioni o richiedere il CD Demo chiami il numero verde o si rivolga al FimeSan Point più vicino.  
[www.infantia2000.it/fimesanpoint](http://www.infantia2000.it/fimesanpoint)

Numero Verde **800.011.781**

FIME/SAN

**INFANTIA2000**

Infantia2000 Studio è l'intuitivo software gestionale per il **Pediatra di Famiglia** che garantisce semplicità d'uso, aderenza normativa, rigorosità scientifica e un concreto supporto ai percorsi clinici decisionali. Caratteristiche che scaturiscono da una consolidata esperienza sul campo a fianco della pediatria e dal riscontro continuo di oltre 4.000 utilizzatori in tutta Italia.

Moduli opzionali per una totale accessibilità e condivisione dei dati, anche in mobilità e tramite palmari.

Rete CVision Mobile Libero

**INTEGRAZIONI REGIONALI**

Infantia2000 Studio è già predisposto per l'integrazione con **tutti i Progetti Regionali** di messa in Rete dei Medici (PdF/MMG) e creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

FIMESAN SpA [www.fimesan.it](http://www.fimesan.it) CONNECTED HEALTH

## L'INCERTO FUTURO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'argomento introdotto dal dott. Tamburini è serio (*Medico e Bambino* 2008;27:210-1), ma se ne parla poco: qualche fiammata sui giornali d'agosto, quando la Corte dei Conti pubblica il bilancio annuale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) col monito inascoltato di razionalizzarne la spesa. Purtroppo gravi fattori interni ed esterni alla Sanità, di cui pochi responsabili paiono preoccuparsi, prospettano un'economia difficile per il SSN.

**Fattori esterni.** Il SSN è una risorsa vitale di un Paese da tempo in declino, bloccato tra un debito pubblico stellare e un PIL a crescita zero. Pertanto sono indisponibili nuove risorse per i costi crescenti della spesa pubblica e del SSN stesso. A riprova di ciò, l'ISTAT informa del grave impoverimento delle cellule demografiche dello Stato, le famiglie pure loro alle prese con bilanci asfittici per la vita corrente. Non occorre scomodare Amartya Sen, Nobel 1998 per l'Economia, per capire l'importanza di una valida assistenza sanitaria e la sua stretta dipendenza dallo sviluppo del Paese (*Lo Sviluppo è Libertà*, scritto nel 1999, Ed. Saggi Mondadori, 2008).

L'Italia ha costruito la produttività delle forze lavoro anche contro le variazioni biologiche: la vita media cresce da decenni superando oggi gli 82 anni, ma ci si pensiona molto prima. Tra i 60-64 anni lavora solo il 19% degli italiani contro il 65% della Svezia. Sommando pensioni e Sanità, il debito implicito supera il 100% del PIL. Sarebbe logico pensare che pensioni e Sanità pubblica siano a rischio e correre ai rimedi, ma per il SSN pare ci si preoccupi ancor meno delle pensioni.

**Fattori interni.** Chi scrive ritiene che l'assistenza sanitaria vada gestita dallo Stato diffidando degli investimenti privati come dei sistemi assicurativi tipo USA, ma restare ancorati ai principi istitutivi del SSN (LN 833/78) è utopico. È vero che diversi correttivi sono stati introdotti nel SSN post-1990 (troppi per essere qui riassunti), ma non hanno migliorato la costo-efficienza di risultati. Le Regioni, cui sono passate molte competenze della Sanità, hanno uscite di bilancio per il 75% occupate dalle spese sanitarie.

Il SSN è costato nel 2007 oltre 102 milioni di euro (6,7% del PIL), la spesa è in crescita (+3% nel 2006, +7% nel vicino 2005). Poiché il 42% è attribuibile agli over 65 anni, ampliare i margini di pensionamento, come afferma il Governatore Draghi, potrebbe aiutare l'economia del Paese e il SSN. La relazione, lunga da spiegare, è intuitiva (aumento di produttività verso diminuzione di spesa pubblica).

Esistono vari settori in cui SSN e Regioni hanno comportamenti poco virtuosi. Ad

es. la mancata chiusura dei piccoli ospedali programmata da una Legge Nazionale del 1989.

Una recente inchiesta della SIN sui punti nascita ne segnala attivi il 10% con meno di 500 nati e parimenti solo un 10% con più di 1000 nati/anno. Sarebbe, invece, di 2000-3000 parti il valore cui riferire la buona funzione di un centro nascite. Spesso ai punti nascita piccoli è collegata una UO di Pediatria con hinterland sui 10.000 bambini, contro gli almeno 40.000 (NB: bambini, non abitanti) considerati oggi numero minimo per una Pediatria con posti letto. Sono gli sperperi degli egoismi politici locali, che tra l'altro producono per ragioni tecniche bassa qualità di cure. Ovviamente ciò non riguarda solo la Pediatria: ASL con 70.000 abitanti con 2 o 3 piccoli ospedali in funzione non sono rare nel Veneto come in altre Regioni.

Alla spesa ospedaliera troppo alta (45% circa del costo SSN) si contrappone un territorio che non vanta grandi successi in campi come la spesa farmaceutica o la compliance delle cure primarie che in misura elevata affluiscono al secondo livello. Ne sono esempio i milioni di accessi impropri ai PS di codici bianchi e verdi. Per qualche mese si è discusso nelle riviste pediatriche della continuità assistenziale del territorio, poi la discussione è finita, passata di moda, su un problema annoso quanto irrisolto.

**L'amara medicina.** È il titolo di un saggio di Roberto Volpi (Ed. Mondadori, 2008) che, numeri alla mano, dimostra gli eccessi del "sistema prevenzione" con risultati costosi e insoddisfacenti. Secondo l'Autore curiamo troppo i sani sottraendo risorse a chi si ammala per davvero. I bambini italiani, sommando i dati statistici, sono afflitti da 2-3 patologie a testa: asma, atopia, obesità, cefalea, depressione, piedi piatti, scoliosi, patologie ortodontiche ecc., quasi tutti da prevenzione?

Volpi non ha tutti i torti, dato che gli studi dei pediatri di famiglia come le Pediatrie sono molto frequentati da bambini sani e genitori annoiati alla ricerca della malattia che non c'è. Visite, prescrizioni inutili di farmaci ed esami, record di ricoveri impropri ne sono in parte la conseguenza.

**Il problema immigrati.** Secondo l'Istat 3,8 milioni di immigrati (numero in crescita di 450.000 unità/anno), il 5,8% della popolazione italiana, sono quasi tutti inseriti nel SSN senza iniziale contribuzione economica, limitata anche nei tempi successivi verso i costosi servizi sanitari di cui usufruiscono. Non si critica qui la giusta necessità etica ed epidemiologica di curarli, fatto del resto conveniente per la comunità per ovvi motivi, ma ciò propone costi ag-

giuntivi a un SSN già in crisi. Altri Paesi hanno percorso strade di recupero economico. Il paradosso italiano è che di questo nemmeno si parla. L'Italia è un Paese che non ama fare i conti o quando lo fa è troppo tardi, Alitalia *docet*. Sarà così anche per il SSN?

**Salvate il soldato Ryan.** Parlare della crisi del SSN serve per riaffermare l'indispensabilità della sua sopravvivenza. Non ci sono soluzioni miracolose, come operatori non possiamo garantirla da soli, ma abbiamo il dovere morale di contribuire. Ogni medico del SSN sa che la spesa da lui determinata si colloca, come le statistiche dimostrano, con ampi margini tra un massimo e un minimo: è il vecchio concetto di fare meglio con meno. Per ora è fallito sia perché manca ogni controllo del SSN sia perché "comportarsi bene" non è premiante; il sistema per assurdo punisce il medico che nega il superfluo.

I problemi economico-organizzativi del SSN sono trattati poco da riviste e convegni medici a fronte di migliaia di pagine e congressi che scandagliano 100 volte/anno ogni più piccola patologia (ad es. le coliche del lattante). In questo campo *Medico e Bambino* (per amor del vero anche *Quaderni acp*) si è comportato meglio di altri, ma è corretto chiedere a una rivista di formazione maggior impegno verso il futuro incerto del SSN che renderebbe superflua anche la buona preparazione degli operatori?

*Medico e Bambino* è la rivista più amata dai pediatri italiani (merito della sua qualità), ma osservando i suoi più rappresentativi convegni ("Confronti in Pediatria"), è corretto chiedere di sostituire in parte alcuni temi clinici stravistati con quelli della sopravvivenza del SSN? È provato che i temi organizzativi non fanno audience, ma nemmeno gli struzzi (mi riferisco agli operatori lontani da questi temi) fanno molta strada.

Da ultimo, è antipatico chiedere che i pediatri di famiglia, finora tenuti in tale convegno, con rare eccezioni, in posizione di ascolto, possano esercitare, almeno sui temi organizzativi, un ruolo di intervento e confronto con i colleghi universitari e ospedalieri?

È una domanda di aiuto, certo incompleta e mal posta, per il SSN, il cui indebolimento sarebbe una vera tragedia per la salute degli italiani.

Le rivoluzioni possono partire da piccoli segnali, almeno speriamo, e cerchiamo di farlo per quanto ci compete.

Giorgio Meneghelli  
Pediatria di famiglia, Mestre (Venezia)