

Il deficit di vitamina K nel neonato

La lettura dell'articolo di Sergio De Marini "Il deficit di vitamina K nel neonato", pubblicato su *Medico e Bambino* (9/2003), mette bene in evidenza come la più semplice modalità di prevenzione della malattia emorragica del neonato sia rappresentata dalla somministrazione di una singola dose di vitamina K alla nascita, così come raccomandato recentemente anche dalla *American Academy of Pediatrics*.

Nella conseguente ipotesi che questa modalità possa subire un auspicato incremento, vorrei mettere in opportuna evidenza che i preparati di vitamina K intramuscolare in commercio in Italia sono rappresentati da fiale di uno o due ml contenenti 10 mg di sostanza, per cui non risulta agevole la somministrazione di 0,5-1 mg, che rappresenta la dose ottimale per la prevenzione.

Per non incorrere in errore, occorre diluire la fiala di 1 ml in 9 di soluzione fisiologica, prelevando da questa 1 ml per iniettare 1 mg di vitamina K; è pertanto auspicabile che le case farmaceutiche interessate prendano in considerazione l'immissione in commercio di una formulazione intramuscolare pediatrica per la prevenzione della malattia emorragica del neonato, da affiancare a quelle esistenti idonee alla cura della stessa malattia.

Ilario Attisani, Locri (RC)

Per quanto mi riguarda, Lei sfonda una porta già spalancata. Qualsiasi cosa semplifichi le routine di reparto e riduca le possibilità di errore è naturalmente ben accetta. Peraltro, in attesa di un'eventuale confezione mono-paziente da 1 mg, non rimane che usare ciò che passa il convento. Mi permetto di osservare che la formulazione attuale (10 mg in 1 ml) non è certo tra le più complicate in commercio.

Avendo a che fare con noi medici, il personale infermieristico gestisce quotidianamente cose ben più astruse.

Sergio De Marini
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Delle precisazioni e una protesta

Vorremmo intervenire a proposito del commento del dottor Mario Cutrone al nostro articolo "Lesioni anulari simili, patologie diverse", riportato sulla Rubrica iconografica di febbraio 2004.

Noi non conosciamo il dottor Cutrone, ma immaginiamo che sia un esperto di Dermatologia Pediatrica.

Vogliamo ricordargli che il nostro era

un poster, presentato a un convegno nazionale di Dermatologia Pediatrica e pertanto, per ovvie ragioni di spazio, doveva essere conciso.

Inoltre, voleva lanciare il messaggio, attraverso le immagini e le poche parole consentite, che non tutte le lesioni anulari a bordo eritematoso con desquamazione e presenza di vescicole e/o pustole sono espressione di *Tinea corporis*.

Il collega ritiene esagerato l'iter seguito nel primo caso (la dermatite atopica di Federico).

La dermatite atopica è la prima diagnosi che ci è venuta in mente, anche in assenza di segni minori (li conosciamo anche noi), e abbiamo iniziato un trattamento topico con mometasone. Dieci giorni è il risultato di una non compliance (sospensione dopo miglioramento - ripresa dopo peggioramento). Tuttavia non siamo riusciti a tranquillizzare i genitori, e il trattamento antimicotico per os è stato il frutto di un altro parere. L'abbiamo rivisto dopo un mese e, d'accordo con un dermatologo pediatrico e in assenza di diagnosi alternative alla dermatite atopica, l'abbiamo trattato con steroide topico per 15 giorni e betametazone orale per 5 giorni.

Nel poster abbiamo pertanto raccontato la realtà di questo caso, non abbiamo detto che questo sia l'iter da seguire.

Riguardo al secondo caso (Alessio, micosi) possiamo affermare con certezza che il bambino di 4 anni non ha mai avuto né prima né dopo la guarigione (e sono passati 3 anni) alcun sintomo di dermatite atopica (neanche minore) e non presenta familiarità per atopica. Aveva 2 chiazze, asimmetriche, giganti, irregolarmente ovaloidi, con bordi intensamente eritematosi, desquamanti e con elementi vescico-pustolosi, come si vede meglio nella foto macro che non avete pubblicato.

Secondo il collega si tratta probabilmente di dermatite atopica, anche perché ha risposto lentamente alla terapia. La morfologia delle lesioni invece ci è sembrata tipica di *Tinea corporis*, e abbiamo continuato il trattamento supportati dalla consulenza di due bravi dermatologi. La coltura negativa per miceti può essere dovuta a un errore tecnico sempre possibile; e abbiamo fatto bene a non tenerne conto, perché un trattamento anche topico con uno steroide, come suggerito dal dottor Cutrone, ci avrebbe senz'altro allontanato dalla diagnosi.

Nel terzo caso (pitiriasi rosea), l'utilizzo topico dell'econazolo su una chiazza inizialmente suggestiva di tinea, a posteriori, è stato un errore. Siamo stati un po' ingannati dal fatto che la chiazza madre è rimasta singola per 14 giorni.

Nelle sue conclusioni il dottor Cutrone ci ricorda che la *Tinea corporis* è più rara

della dermatite atopica e della *Pityriasis versicolor*: si tratta di una imprecisione. Sicuramente voleva riferirsi alla pitiriasi rosea.

Abbiamo voluto specificare tutti questi punti perché ogni caso clinico ha contenuti e peculiarità non sempre generalizzabili, contenuti e peculiarità che, se non conosciuti, possono ingenerare osservazioni e critiche assolutamente giustificate.

Infine, ci pare ipocrita concludere così, semplicemente, senza criticare il comportamento della Redazione.

Noi abbiamo risposto alla "Call for papers" inviando un poster, il quale può essere accettato o respinto.

Se il nostro poster doveva servire da base per un commento di rettifica da parte di un esperto che non si era informato sui casi o per tracciare i comportamenti da seguire in caso di chiazza anulare, sarebbe stato più corretto avvisare gli Autori, e dar loro la possibilità di un contraddittorio, nello stesso numero di *Medico e Bambino* e nella pagina successiva.

Oppure avremmo inviato un articolo più dettagliato e non un poster.

Il dottor Cutrone dice che lo scopo è quello di giocare tutti insieme; in questo modo ha giocato solo lui, senza aver prima acquisito i dati necessari e facendo trasparire dal suo commento un comportamento inadeguato degli Autori dinanzi ai tre casi.

Ci amareggia, per il bene e l'affetto che vogliamo alla Rivista, scrivere queste cose, ma crediamo che far finta di niente sarebbe la scelta più sbagliata.

Simone Gangarossa, Diego Cimino

Avete tutte le ragioni, e mi rendo conto che le scuse non sono all'altezza dell'errore. Le scuse sono comunque dovute, e le devo anche al dottor Cutrone, a cui il testo era stato inviato per le normali operazioni di referee, a cui sottostà di regola tutto il materiale inviato per la pubblicazione.

La trasformazione di un giudizio di referee in una pubblica e forse istruttiva discussione sul caso (discussione che si completa con questa replica) potrebbe essere stata legittima solo se gli Autori ne fossero stati coinvolti. Questo non è avvenuto per un colposo difetto di comunicazione all'interno della Redazione, di cui mi assumo evidentemente ogni responsabilità. Scusatemi, per favore.

F.P.

Allergia alimentare

Ringrazio *Medico e Bambino* per aver pubblicato il lavoro "Allergia agli alimenti, reazioni crociate e biotecnologie agroali-

mentari" (2004;23:31-37). L'argomento vi è stato presentato in maniera problematica, e convengo che così debba essere. Spero che la cosa possa aver un seguito di discussione oggettiva.

È certamente vero, come voi avete scritto, che l'allergia alimentare, per essere difficilmente inquadrabile e definibile in modo oggettivo, può divenire «un inquinamento della vita mentale e materiale di molte persone e della diagnosi medica», e che un «troppo elevato livello di sospetto» nei confronti dell'allergia alimentare potrebbe essere dannoso. Si tratta, a mio avviso, di rimanere con i piedi ben piantati nell'evidenza clinica, senza però negare a priori l'esistenza di un problema.

Nella mia esperienza, l'allergia o meglio l'intolleranza alimentare, è presente in tutte le età, ed è frequente; i sintomi sono diversi da caso a caso, variano anche in funzione dell'età, possono essere gravi e riproducibili oppure subdoli e alternanti.

Il meccanismo immunologico non è solo o sempre IgE mediato, o almeno non abbiamo i mezzi, *in primis* gli allergeni giusti, per esserne certi.

Ecco il mio personale approccio (e la mia proposta).

A. Sospettare l'eziologia alimentare dei sintomi presentati da un singolo bambino.

Quando i sintomi: a) sono cronici o frequentemente recidivanti con miglioramento nel periodo estivo; b) riguardano più di un organo o apparato; c) si accompagnano a disturbi dell'alimentazione come inappetenza (spesso alterna) e con rifiuto dell'assunzione di uno o più alimenti, a mio avviso si dovrebbe porre il sospetto di intolleranza alimentare.

Così il bambino (più spesso intorno ai 2-5 anni di età) che:

1. Ha sempre naso chiuso, che russa (adenoidi!), che ha tosse cronica o da sforzo, che ha accessi di tosse notturna improvvisa, laringea (spesso diagnosticati come "laringo-spasmo" o addirittura come asma notturno, nonostante ci sia spesso dispnea respiratoria e non espiratoria come è nel bronco-spasmo), che ha inoltre:
2. Alitosi, reflussi gastro-esofagei, vomito, dolori addominali frequenti, stipsi o a volte diarrea;
3. Prurito cutaneo, pelle secca; tendenza all'eczema, alle eruzioni cutanee, all'orticaria;
4. Cefalee, pallore, inappetenza, stanchezza, irritabilità, risvegli notturni, sonno agitato, febbri brevi ma intense ecc. dovrebbe essere sospettato di avere intolleranza a uno o più cibi.

Se si pone questo sospetto, non cade il mondo; d'altra parte, poiché le famiglie di fronte a queste patologie subiscono di solito una serie infinita di assenze scolastiche

o dal lavoro, di consultazioni mediche, di esami di laboratorio, di lastre, di terapie orali o aerosoliche ecc., se il sospetto fosse giusto e si trovasse attraverso tale atteggiamento una via alternativa e razionale di trattamento, potremmo fare opera quanto mai utile e non nociva.

B. Di fronte al sospetto clinico di intolleranza alimentare si dovrebbe modificare la dieta a scopo diagnostico

Questo non contraddice al motto di Longo "tutti a dieta libera", perché in questa fase si tratta solo di un procedimento diagnostico di durata molto limitata. Ritengo che il doppio cieco sia improponibile nella pratica quotidiana e considero inattendibili, per i nostri scopi, i test allergologici.

In base alla nostra esperienza, nell'attuare questa "dieta diagnostica", si dovrebbe:

1. Stabilire che la dieta non duri più di 20 giorni.
2. Tenere accuratamente conto dell'andamento di tutti i sintomi che abbiamo citato, rilevando sia nel mese prima che durante la dieta (diario) l'andamento dei sintomi e il peso.
3. La dieta consiste: a) nel togliere sempre, per motivi puramente statistici, latte e uovo con i loro derivati; b) nell'eliminare con accuratezza tutti i cibi che il bambino rifiuta o non ama; c) nell'eliminare tutti i prodotti confezionati (non sappiamo cosa ci sia).

Dopo 20 giorni, se la dieta sia stata bene seguita e le "eccezioni" siano state poche e riportate nel diario, potremo esprimere un giudizio.

Se non ci sono stati evidenti miglioramenti, dovremo abbandonare il sospetto.

Ma se i sintomi spariscono o si attenuano fortemente, il naso si apre, l'appetito migliora, il bambino ha vivacità e appetito, dorme bene, allora dobbiamo porre la diagnosi oggettiva di intolleranza alimentare clinicamente documentata.

Nella nostra esperienza i bambini così sono molti.

C. Di fronte alla diagnosi di intolleranza ad alimenti ci sono tre vie possibili

1. Continuare a tempo indeterminato con la dieta che ha avuto successo. È un atteggiamento che abbiamo avuto in passato, che è troppo radicale e che non tiene conto di varie cose.
2. Reintrodurre gli alimenti più importanti uno alla volta, iniziando con dosi basse e successivamente somministrando porzioni generose dell'alimento, seguendo più i gusti del bambino che non i nostri preconcetti e avendo come parametro guida lo stato clinico.
3. Per i cibi che sono o si ritengono im-

portanti e che non sono tollerati c'è la via della desensibilizzazione orale, come indicato nell'articolo di Longo e Ventura, e devo dire anche da noi praticata ormai da vari mesi e con successo.

Io spero che il dibattito continui.

Mi rendo conto tuttavia che siamo ancora "poco sapienti" e lontani dall'aver capito tutto quello che serve per affrontare il problema dell'impatto dell'alimentazione e dell'ambiente sulla biologia, immunologia e omeostasi del "self".

Roberto Ronchetti

Mi scuso con il professor Ronchetti per l'intervallo che c'è stato tra la pubblicazione di questa sua lettera e l'uscita del suo lavoro (ritardo dovuto al momentaneo, eccessivo intasamento della posta; colgo l'occasione per chiedere scusa anche a coloro che ancora non vedono pubblicate le loro lettere: saranno tutte pubblicate, appena possibile).

Ho già esposto in quella occasione, accompagnando il suo lavoro, a mio avviso molto bello, molto ben documentato e ricco di stimoli, una presa di distanze nei riguardi del rischio di un troppo diffuso timore di panallergia, o di trofoallergia "mascherata". Non ho alcun elemento per negare l'esistenza del quadro a cui fa riferimento, che corrisponde alla "sindrome tensione-stanchezza" da trofoallergia, descritta come "the great masquerade" negli anni Ottanta, e di cui esistono prove (negli anni Novanta) di remissione/scatenamento con diete di eliminazione/provocazione in doppio cieco.

Personalmente me ne sono occupato a suo tempo, e ho anche la convinzione che questo tipo di disturbo esista (ma che guarisca da solo); in ogni modo, se dovessi ricucuparmene, cosa improbabile data la mia età e il mio carattere frivolo, dovrei farlo con più rigore di quanto io abbia fatto allora. Sia come sia, mi sembra anche che troppa speculazione si sia fatta (e si stia ancora facendo), con strumenti diagnostici inaffidabili, su questa sindrome elusiva, e che il rapporto costi/benefici che il mondo della pediatria ne possa trarre sia questionabile. Ma è solo una opinione.

F.P.

La continuità assistenziale

Al Convegno di Tabiano del 20 e 21 febbraio 2004 è stato affrontato un argomento che ha suscitato particolare interesse, poiché tramite dati numerici convincenti è stata messa a punto molto realisticamente l'attuale situazione sanitaria del nostro Paese.

I numeri sono quelli della lettera-artico-

lo del numero scorso: -50% dal 1960 a oggi, mortalità nel 1° anno di vita diminuita del 78.6% in 25 anni, rapporto pediatra/bambino doppio rispetto agli altri Paesi europei, così come doppio rispetto agli altri Paesi con sanità evolute è il tasso di ospedalizzazione e, ciliegina sulla torta, 400% in più di accessi al Pronto Soccorso in 10 anni! Con codici rossi e gialli meno del 2%.

I termini usati sono stati: «Tutto, dalla scuola alla sanità, pare programmato per un irrealistico rischio zero di figli rari, unici, tardivi e per questo preziosissimi. I genitori hanno un insaziabile senso di sicurezza e pretendono quell'unico figlio non solo sempre sano, ma anche non ammalabile, o addirittura "guarito per ieri", poiché una febricola fa saltare la routine familiare».

Tutto questo si associa alla caduta, in 50 anni, della mortalità pediatrica da 5% a 0,5%, e all'aumento del potere di acquisto di 40 volte.

La conclusione ovvia è che il benessere ha fatto miracoli, ma ci ha forse fatto diventare incontentabili, proprio come il bambino viziato che fa i capricci perché ha tutto e vorrebbe ancora di più.

Indubbiamente il benessere ha creato dei paradossi anche in campo pediatrico: primo fra tutti la saturazione dell'offerta sanitaria nonostante un numero esuberante di pediatri e un numero esiguo di bambini. Le persone inseguono la prevenzione a tutti i costi fino ad arrivare, a ben pensarci, all'estremo limite di non fare più bambini: più prevenzione di così!

Al Convegno i dati sopra esposti e la proposta di lasciare il territorio al territorio, investendo sempre meno o disinvestendo sui piccoli reparti e istituendo una guardia attiva fatta dai PLS, hanno suscitato una discussione molto accesa, così sono emerse tante responsabilità: dei medici ospedalieri che danno antibiotici con grande disinvoltura per ogni febbre, oltre a fare ricoveri facili, facendo così credere alla mamma che è giusto rivolgersi sempre al Pronto Soccorso (personalmente credo che, per fortuna, questo stia accadendo sempre meno); dei mass media, che diffondono di continuo notizie allarmistiche, facendoci credere di essere più fragili e ammalati di un tempo; dei PLS, che portano avanti una gestione impropria della patologia infantile, dando troppa importanza alla febbre e insegnando ad abbassarla a ogni costo. E, naturalmente, dei genitori, che non riescono a gestire la stessa per più di 5-6 ore.

È ovvio che ognuna di queste modalità è legata alle altre, ma quello che risulta evidente è che il *primum movens* è la cattiva educazione sanitaria. Personalmente sono convinta che la grande guaritrice sia proprio l'educazione sanitaria (quella buona) che, come emerso dal Convegno, deve

essere portata avanti da tutti: dal PLS per primo e continuata dal pediatra ospedaliero, in una auspicabile stretta collaborazione. Naturalmente dovrebbe essere fatta anche dai mass media e dalle aziende sanitarie.

È vero che, come è stato ribadito al Convegno, per arginare le richieste eccessive di salute, sarebbe sbagliato potenziare il secondo livello, ma è anche vero che aumentando la disponibilità oraria del PLS, aumenterebbero le richieste improprie. Significherebbe lanciare un messaggio antitetico a quello di educazione sanitaria.

È indubbio che nel progetto di continuità assistenziale ci siano anche i pro: la gestione del bambino rimarrebbe affidata al PLS (quello di turno) e ci sarebbe una diminuzione dei ricoveri impropri, oltre naturalmente a evitare verosimilmente l'assalto al Pronto Soccorso. Ma credo che questo non faccia altro che aggirare l'ostacolo.

Mi permetto di suggerire comunque qualche possibile soluzione sulla proposta di continuità assistenziale di 12 ore al giorno, compresi prefestivi e festivi.

Penso innanzitutto che sia più razionale la copertura dei soli prefestivi e festivi, in ogni caso l'incarico potrebbe essere affidato ai pediatri neo-specializzati. Fondamentale però, ai fini di una vera educazione sanitaria, il supporto di una infermiera preparata, col compito principale di selezionare al telefono gli accessi all'ambulatorio, come già succede nella medicina di gruppo di... (purtroppo non ricordo più il nome della città). Ma allora la soluzione più logica è proprio la medicina di gruppo! Io vi faccio parte da tre anni (anche se non è stato possibile attuarla con altri pediatri, ma con medici di medicina generale), e la qualità del mio lavoro è decisamente migliorata. Mi risulta che molte pediatrie di gruppo non siano sorte non per cattiva volontà dei medici, ma per una carenza di fondi da parte delle ASL.

Attinente al problema economico, voglio recuperare una proposta che ogni tanto riaffiora timidamente alla luce, anche se so molto lontana da una possibile attuazione per l'impopolarità che deriverebbe da questa ipotetica "mossa" governativa: ticket (magari simbolico) non solo presso il Pronto Soccorso (spesso non viene applicata nemmeno dove sarebbe previsto) ma anche negli ambulatori dei PLS. Il problema delle famiglie meno abbienti potrebbe essere facilmente superato dalla loro esenzione. La prova che la cosa potrebbe funzionare è che, ancora una volta, viene applicata nella maggior parte dei Paesi con sanità evoluta.

Vorrei riportare le parole del prof. Panizon al Convegno sul significato del nostro lavoro: «Noi aiutiamo le famiglie a co-

struirsi non tanto col nostro sapere, quanto col nostro sorriso, con la nostra voglia di insegnare senza insegnare, con la nostra disponibilità, col nostro esempio. Ogni nostro incontro con il prossimo modifica la testa di questo prossimo. Dobbiamo dare al bambino quella sicurezza affettiva che gli permette di essere forte e resiliente (termine molto appropriato usato al Convegno di Tabiano) nei riguardi delle violenze che il mondo gli farà e che lui dovrà subire modificandosi positivamente. Dobbiamo preparare i nostri bambini a volersi bene, a sentire come propri i bisogni degli altri».

Leda Guerra, Codigoro (FE)

Il contributo di discussione della dottoressa Guerra a una questione che, secondo me, merita di essere affrontata con coraggio, è sicuramente realistico, ma, almeno così mi sembra, forse un po' troppo di compromesso. L'esperienza veneta ci dice che la cosa potrebbe essere fatta, così come è stata fatta, senza sconti e senza reali difficoltà. Le conclusioni di Meneghelli (si può e si deve evitare la confusione tra cure primarie e cure secondo-terziarie) mi sembrano rilevanti e condivisibili. Togliendo di mezzo la confusione, anche le motivazioni si fanno chiare, l'etica professionale si rinforza, finisce il gioco delle parti (per cui il territorio accusa l'ospedale di invadenza e l'ospedale accusa il territorio di incompetenza, accuse entrambe "mediamente" ingiuste e che invece vengono continuamente rinfocolate da questo o quell'episodio), ed entrambe le componenti di un dissidio che dovrebbe essere, e nella sostanza è, una alleanza, potrebbero redimersi dal proprio peccato originale. Forse.

Io sono comunque portato a pensare che non se ne farà niente (solo per inerzia), ma che, invece, qualcuno potrebbe far qualcosa. La SIP?, la FIMP?, la ACP? Ognuna potrebbe avere la sua parte nell'elaborazione di un documento ufficiale. La strada per la discussione su "Medico e Bambino" è aperta. Io comincio a mandare il materiale ai Presidenti delle tre Società.

F.P.

Parole rubate

Il mezzo di cui la stampa si serve è la diffusione: ma la diffusione è soltanto la potenza della bugia, una potenza fisicamente sensibile come quella dei pugni. Vengono in mente le parole di Goethe: si è eliminato il diavolo e si sono ottenuti i diavoli.

Soren Kierkegaard (1909)