

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.

## Parassitosi da zecche

Abbiamo avuto modo di leggere l'aggiornamento sulla parassitosi da zecche pubblicato a febbraio, trovandolo confondente e, contrariamente a quanto abituati da *Medico e Bambino*, di scarsa rilevanza pratica<sup>1</sup>.

Un po' ci domandiamo perché complicare il discorso dell'estrazione della zecca con considerazioni in merito all'uso di fili chirurgici, o della trazione, dato che da quando abbiamo imparato a estrarre l'acaro ruotandone il corpo non è mai capitato che l'ipostoma rimanesse conficcato nella cute del bambino, come troviamo anche in letteratura<sup>2</sup>. È poi difficile far entrare nella routine la regola di inviare l'acaro al laboratorio per capirne il tempo di permanenza sul soggetto. Un eccesso di energie, tempo (e denaro) forse esagerato rispetto a un problema (la malattia di Lyme) di così modeste dimensioni epidemiologiche, specie se rapportato alla numerosità e frequenza con la quale ci vengono inviati i bambini per questo problema. Oltre tutto, almeno oggi, e almeno dalle nostre parti, la grande maggioranza dei genitori si accorgono della zecca immediatamente e comunque sono in grado di risalire con ragionevole certezza al tempo trascorso dal possibile contatto ("dopo la gita"). Infine, perché la zecca raggiunga le dimensioni sufficienti a favorire il rigurgito di sangue e quindi l'infezione è necessario un tempo che va dalle 24 alle 48 ore, generalmente mai inferiore alle 36<sup>3</sup>.

Se dovessimo seguire alla lettera le indicazioni dell'articolo, dovremmo mandare tutte le zecche ad analizzare e attivare una sierologia per la ricerca delle IgM specifiche nella gran parte dei casi che si presentano giornalmente al Pronto Soccorso e negli ambulatori pediatrici, senza che questo modifichi di nulla il nostro atteggiamento. Infatti non sarebbe consigliato avviare alcun trattamento antibiotico in assenza di sintomatologia clinica suggestiva di infezione, come del resto sottolineato dagli Autori stessi.

Il nostro approccio in PS a Trieste consiste già da anni, semplicemente, nell'estrarre per rotazione la zecca e medicare la cute interessata. Si avverte poi il paziente di segnare su calendario la data e di controllare se compare un eritema migrante entro 30-40 giorni dal contatto. Nel caso questo avvenisse, si raccomanda di rivolgersi al pediatra di famiglia che richiederà la conferma sierologica con il dosaggio di

IgM e IgG per malattia di Lyme e, al tempo stesso, prescriverà l'antibiotico.

In tanti anni non abbiamo mai avuto motivo per riconsiderare nella parassitosi da zecche questo semplice e facilmente percorribile protocollo, che rimane, come è sempre stato, per tutti noi medici astanti, un problema clinico di facile gestione e di scarsa preoccupazione.

## Bibliografia

1. Dutto M, Cinco M. Parassitosi da zecche in pediatria: trattamento e prevenzione. *Medico e Bambino* 2011;30:88-93.
2. Pitches DW. Removal of ticks: review of the literature. *Euro Surveill* 2006;11(8): E060817.4.
3. Wormers GP. Early Lyme disease. *N Engl J Med* 2006;354:2794-801.

**Cecilia Geraci, Lorenzo Calligaris**  
**Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo"**  
**Università di Trieste**

*Molte grazie per il contributo della Vostra preziosa e concreta esperienza. La semplicità è il sole degli eserciti. Davvero. Tutto quello che avete scritto si adatta certamente al 95% dei casi. Ci basta.*

M&B

## Kawasaki shock syndrome

Ho letto con molta attenzione il caso di malattia di Kawasaki pubblicato sul numero di aprile di *Medico e Bambino*<sup>1</sup>. A mio avviso richiama ai casi di "Kawasaki shock syndrome" descritti in letteratura da Kanegaye e coll.<sup>2</sup> con presenza di iniziali segni di scompenso cardiaco.

Alla luce della mutevolezza clinica della malattia di Kawasaki (forma atipica, incompleta, grave all'esordio) e dell'assenza di dati recenti sull'epidemiologia della malattia in Italia (con l'eccezione di alcune interessanti esperienze limitate tuttavia a singoli gruppi<sup>3</sup>), sarebbe opportuno istituire un Registro nazionale della malattia. Lo stiamo proponendo insieme alla dott.ssa Fabi (Cardiologia Pediatrica dell'Ospedale di Bologna) al gruppo di Allergo-immunologia della Regione Emilia Romagna per una raccolta sistematica dei dati.

## Bibliografia

1. Gortani G, Dragovich D, Di Leo G, Marchetti F. Un caso di Kawasaki "full optional" *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2011;14(4). [http://www.medicoebambino.com/?id=CCO1104\\_30.html](http://www.medicoebambino.com/?id=CCO1104_30.html).

[www.medicoebambino.com/?id=CCO1104\\_30.html](http://www.medicoebambino.com/?id=CCO1104_30.html).

2. Kanegaye JT, Wilder MS, Molkara D, et al. Recognition of a Kawasaki disease shock syndrome. *Pediatrics* 2009;123(5):e783-9.
3. Pellegrin MC, Taddio A, Ventura A, Lepore L. La malattia di Kawasaki: ancora una sfida per il pediatra. *Medico e Bambino* 2011;30: 236-241.

**Elena Corinaldesi**  
**Pediatra, Ospedale Ramazzini**  
**Carpi (Modena)**

*Ringraziamo molto la dott.ssa Corinaldesi per la sua osservazione con la quale concordiamo. Quello che nel nostro caso colpiva erano il disturbo elettrolitico severo e l'ipoproteidemia riferibili sia al vomito e alla diarrea sia anche al presunto aumento dell'ormone natriuretico (che non abbiamo dosato), tale da giustificare in parte l'iponatriemia, da attribuire al deficit di pompa cardiaca. Ma era presente presumibilmente una concomitante "vasculite intestinale" con proteino-disperione e relativa ipovolemia. Il termine "Kawasaki shock syndrome" racchiude molto bene il problema osservato nel nostro caso, la sua severità e la necessità del ricorso immediato anche al cortisone, oltre che alle immunoglobuline.*

*Nel lavoro di Kanegaye e coll. dei 187 pazienti consecutivi con malattia di Kawasaki, 13 (7%) avevano i criteri clinici (ipotensione sistolica o segni di ipoperfusione) per la diagnosi di Kawasaki shock syndrome. Una discreta percentuale di questi casi descritti erano resistenti al trattamento con le sole immunoglobuline.*

*La prospettiva di un Registro ci sembra molto interessante e utile per capire meglio una malattia spesso facile da diagnosticare (diagnosi a colpo d'occhio), a volte tuttavia subdola, gravata ancora da una discreta relativa mortalità e complicanze, soprattutto nei casi non riconosciuti e trattati tempestivamente.*

**Federico Marchetti**

## Mucolitici nei bambini sotto i due anni di età

Scrivo in relazione alla decisione dell'AIFA di vietare la prescrizione di mucolitici nei bambini al di sotto dei due anni per avere un vostro spassionato parere (vedi l'articolo pubblicato a febbraio: *Medico e Bambino* 2011;30:110-3).

Dal mio punto di vista sembra una decisione approssimativa e presa per cavalcare

la tigre del momento: possibile che tutti i mucolitici in causa, ciascuno con un suo differente meccanismo d'azione, improvvisamente, ripeto tutti, siano dannosi? Cioè ci si è accorti che acetilcisteina, carbocisteina, ambroxol, bromexina, sobrerolo, neltexina, erdoxina, telmestina, ossia ben otto farmaci diversi, tutti!!!, danno problemi seri?

Non sarebbe stato più corretto scientificamente riportare, per ogni tipo di farmaco revocato, le modalità del danno e le fonti scientifiche di supporto?

Le reazioni gravi imputate ai mucolitici e che hanno richiesto l'ospedalizzazione (documento AIFA) sono documentate? E come si è arrivati alla certezza che siano state provocate dai mucolitici, escludendo altre possibilità (malattia di base, altri farmaci, comorbidità...)?

**Nunzio Lardaro**  
Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellò (Caserta)

Gentile dott. Lardaro, La ringraziamo per il Suo commento che ci dà l'opportunità di chiarire alcuni aspetti di merito.

Prima di tutto desideriamo sottolineare che i principi attivi ad attività mucolitica (ATC R05CB), oggetto del provvedimento AIFA, pur agendo con meccanismi d'azione differenti, hanno tutti in comune l'effetto di rendere più fluido il muco e di favorirne l'espulsione da parte di bronchi e trachea.

Nei bambini molto piccoli alcune caratteristiche anatomico-fisiologiche, quali ad esempio il ristretto diametro di bronchi e bronchioli, nonché l'imaturità neuromuscolare, limitano la capacità di drenaggio delle secrezioni bronchiali. Considerato che, durante il trattamento con agenti mucolitici si verifica un aumento della quantità di muco da eliminare, appare evidente come l'utilizzo di tali medicinali nei bambini di questa fascia di età possa produrre effetti a carico dell'apparato respiratorio (anche contrari a quelli desiderati), quali ad esempio aumento della tosse, aumento delle secrezioni bronchiali, dispnea, difficoltà respiratoria, vomito viscoso e ostruzione bronchiale.

Va inoltre considerato che la decisione dell'AIFA di controindicare i mucolitici nei bambini al di sotto dei 2 anni è originata da una revisione completa del profilo beneficio/rischio di tutti i principi attivi (ATC R05CB) autorizzati in Italia, sulla base delle migliori evidenze disponibili a livello nazionale e internazionale per questa fascia di età. Tali dati sono ben documentati e derivano dalla letteratura scientifica (le referenze bibliografiche sono citate nell'articolo) e dalla segnalazione spontanea (fonti: Rete Nazionale di farmacovigilanza, Eu-

dravigilance, Rapporti di sicurezza periodici delle principali specialità). Dall'analisi complessiva dei dati è emerso che, a fronte di evidenze di rischio di reazioni avverse anche gravi con l'uso dei mucolitici nei bambini 0-2 anni, non sono disponibili sufficienti prove di efficacia, che supportino l'utilizzo dei mucolitici in questa fascia di età.

A supporto del provvedimento adottato va considerato anche che in altri Paesi europei ed extraeuropei i mucolitici sono già controindicati o non sono raccomandati per l'uso nei bambini al di sotto dei 2 anni di età.

Inoltre, è opportuno richiamare l'attenzione sul processo decisionale che ha portato alla controindicazione: la problematica è stata portata in discussione su numerosi tavoli tecnici, con il coinvolgimento dell'Ufficio di Farmacovigilanza, della Sottocommissione di Farmacovigilanza e del Gruppo Pediatrico dell'AIFA. Le valutazioni effettuate sono poi passate all'esame della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA e l'esito delle valutazioni è stato diffuso e pubblicato, per garantire la massima trasparenza.

In conclusione, non è accettabile definire "approssimativa" la decisione di controindicare i mucolitici nei bambini al di sotto dei 2 anni. Al contrario, l'AIFA, attraverso questo provvedimento, ritiene di aver agito a tutela della salute pubblica e nell'interesse dei bambini.

**Loriana Tartaglia\*, Francesco Trotta\***  
e i componenti del  
Working Group Pediatrico dell'AIFA  
\*Ufficio di Farmacovigilanza dell'AIFA

### L'errore che ci ha fatto tanto errare

Gentile Professor Panizon, dopo aver letto il suo articolo "L'errore che ci ha fatto tanto errare", pubblicato ad aprile (*Medico e Bambino* 2011;30:264-8), non sono riuscita a trattenermi dallo scriverLe per esprimerLe i miei complimenti e un sentito ringraziamento per aver trattato un argomento così interessante. Per me, che mi nutro da anni di Pediatria e Storia della Medicina, leggere questo contributo è stato estremamente piacevole: ripercorrere le tappe storiche della nostra professione, con tutti gli intoppi e le cadute del caso, mi ha fatto ricordare quanta strada è stata fatta e quante conquiste sono state raggiunte grazie all'abilità, alle conoscenze, e soprattutto alla curiosità e alla passione di tanti colleghi.

Con il risveglio della ragione, il metodo sperimentale e gli incredibili sviluppi della tecnologia, siamo riusciti a raggiun-

gere traguardi impensabili: gli ultimi cinquant'anni costituiscono, da questo punto di vista, un cinquantennio irripetibile, ma senza alcun dubbio superabile!

Il Suo articolo ha risvegliato in me un forte senso di appartenenza alla categoria, con tutto l'orgoglio e l'onere che ciò comporta. Penso che dovremmo ricordarci più spesso della nostra Storia, e da essa trarre gli spunti per lavorare di più e meglio per i nostri pazienti... ma soprattutto con passione.

Amo la Medicina e la sua Storia, anche perché, come diceva J.W. Goethe: "Ho imparato dalle malattie molto di ciò che la vita non avrebbe potuto insegnarmi in nessun altro modo."

**Maria Elisa Di Cicco**  
Specializzanda in Pediatria al III anno  
Università di Pisa

Sì, io credo che per molti versi non si possa non essere fieri (e specialmente non sentirsi responsabili) del nostro mestiere, e di far parte di un gruppo di umani che, sia pure molto marginalmente, assai più a livello applicativo che di ricerca o di scoperta, contribuisce a quel multiforme (e positivo, anche se per qualche verso distruttivo e crudele) fenomeno che si chiama *Progresso* e che ci trascina, speriamo, un po' più in alto. Paroloni. Mi scusi, ma anche i Suoi, poco poco, lo sono.

Affettuosamente,

**Franco Panizon**

### Prepariamoci alla stagione influenzale 2011-'12

Nello scorso numero di aprile *Medico e Bambino* ha ospitato una lettera del prof. Pregliasco che si concludeva dicendo che "... sicuramente al momento non ci sono elementi sufficienti per valutare l'impatto di questo intervento (l'offerta attiva gratuita del vaccino) ... ma il tema dei prossimi anni dovrebbe proprio essere questo".

Ad alcuni mesi di distanza, ma nell'imminenza di una nuova stagione influenzale e dinanzi alla dichiarata intenzione di proporre (pur riconoscendo la mancanza di evidenze!) la questione della vaccinazione dei bambini sani, credo sia opportuna una replica per ribadire i motivi della contrarietà a questo intervento.

Nella lettera si valuta il ruolo dei Media nel trattamento degli scenari dell'influenza: *M&B* se n'è occupato più volte. È ovvio che sia dedicato ampio spazio alle ipotesi maggiormente catastrofiste perché più capaci di attrarre audience; il fatto è che ci sono esperti che esternano queste ipotesi.

Nel settembre 2009 ci fu chi dichiarò che la pandemia A(H1N1) avrebbe causato in Italia da 12.000 a 90.000 morti<sup>1</sup> e ci fu chi chiedeva la chiusura delle scuole; la vaccinazione di tutti i bambini era indicata come il primo intervento da realizzare. Sappiamo com'è andata a finire<sup>2</sup>, ma quegli esperti non sono tornati sui Media a spiegare la sproporzione tra le catastrofi previste e il bilancio finale relativamente modesto pur in assenza (quasi) di vaccinazione e con scuole per fortuna aperte.

Diversi Paesi avrebbero deciso di attuare la vaccinazione dei bambini sani perché capace di interrompere la catena del contagio agli adulti e anziani: la più recente revisione sistematica degli studi scientifici sull'argomento nega ogni dimostrazione di questa ipotesi (ma anche della riduzione di mortalità, ricoveri, complicanze)<sup>3</sup>; se non si dimostra che la revisione è sbagliata e che si tratta in realtà di una "bufala", bisogna riconoscere che tali decisioni sono state prese senza supporti "di letteratura", rispondendo magari a sollecitazioni diverse. Mi incuriosisce inoltre sapere se sia prevista una sospensione del principio del consenso informato: difficile credere al successo di una vaccinazione raccomandata per il vantaggio di altri e non del bambino stesso.

Viene ribadita la sostanziale sicurezza dei vaccini. Quando però abbiamo a che fare con tassi di mortalità bassi, gli studi di sicurezza effettuati prima della licenza su poche centinaia di soggetti dimostrano tutta la loro insufficienza e diventano rilevanti gli effetti molto rari segnalati nella sorveglianza post marketing: si può accettare un eccesso di casi di sindrome di Guillain-Barré (da 1,6 a 10 ogni milione di soggetti vaccinati)<sup>3</sup> o quello di narcolessia (aumentato di 36 casi ogni milione di soggetti vaccinati)<sup>4</sup> se la mortalità è bassa e non è dimostrato che si riduca con la vaccinazione?

Rispetto a una mortalità pediatrica della pandemia di 6/milione, la mortalità da influenza stagionale viene stimata a 2/milione. Se l'efficacia vaccinale (EV) fosse uguale, bisognerebbe dividere per tre i possibili benefici della vaccinazione universale dei bambini sani. La EV del vaccino stagionale 2010-11 è invece stata circa la metà rispetto a quello pandemico<sup>5</sup> e questo porta ad aspettarsi effetti di tipo omeopatico.

Non si fa nessun accenno alla dichiarazione del conflitto di interessi, la cui richiesta è diventata prassi ineludibile per qualunque rivista internazionale. I vaccini sono uno strumento straordinario di prevenzione, ma sono anche un prodotto di mercato capace di muovere interessi notevolissimi. La maggior parte degli esperti e delle società scientifiche che ogni anno

chiedono di estendere la raccomandazione di vaccinazione antinfluenzale hanno qualche conflitto di interesse (raramente dichiarato); la maggior parte dei lavori scientifici portati a sostegno sono finanziati dall'industria; il logo delle aziende produttrici campeggia in tutti i convegni-seminari-tavole rotonde e finanche sul sito delle principali società scientifiche che si occupano del problema.

Questo non può essere assunto a prova di malafede, ma la dichiarazione del conflitto di interesse è l'unica misura che il mondo scientifico ha saputo escogitare per limitare l'interferenza degli interessi aziendali; all'estero si discute molto sul tema e si pensa che questa sia una misura minima e che sarebbero necessari interventi molto più incisivi<sup>6</sup>.

L'adozione dei nuovi vaccini che l'industria e la ricerca mettono a punto deve essere soggetta alla verifica di prove di efficacia e sicurezza non solo sul piano individuale ma anche su quello dell'intera popolazione, confrontando il vaccino con gli altri mezzi di prevenzione disponibili e valutando l'intervento anche in base a una scala di priorità per la salute pubblica<sup>7</sup>. A noi lettori il compito di controllare che queste prove siano tratte da lavori scientifici indipendenti e che siano confermate da esperti in dichiarato stato di assenza di rapporti con le aziende produttrici; a noi lettori il compito di pretendere (almeno) la dichiarazione del conflitto e di usare un grande senso critico quando questa sia positiva o (come più spesso capita) assente.

Viene richiamato lo studio di *Lancet* sulla mortalità pediatrica nella pandemia: sono morti 70 bambini sotto 18 anni, che equivale a un tasso di 6/milione; considerando tra questi solo i bambini sani (15 dei 70), il tasso diventa circa 1,3/milione; se poi si considera (come giustamente fa Liam Donaldson, l'Autore dell'articolo) che la mortalità è stata eccezionalmente più alta presso alcune minoranze etniche, il tasso diventa 0,85/milione tra gli inglesi sani. La conclusione (impeccabile e coerente) dell'Autore è stata che occorre proporre prioritariamente la vaccinazione ai soggetti a rischio di malattia grave o decesso in caso di influenza (minoranze etniche, soggetti con patologie preesistenti, in particolare del SNC)<sup>8</sup>. Esattamente l'antitesi del tema proposto della vaccinazione universale. Esattamente quello che auspichiamo si voglia attivamente fare insieme alla promozione delle misure generiche di prevenzione fisica (prima fra tutte il lavaggio delle mani) che sono le uniche ad aver dimostrato reale efficacia<sup>9</sup>.

Personalmente, alla luce delle considerazioni fatte, spero che l'Istituto Superiore

di Sanità e il Ministero confermino anche per la prossima stagione influenzale le raccomandazioni promulgate lo scorso anno<sup>10</sup>, vale a dire di raccomandare fortemente la vaccinazione antinfluenzale alle categorie a rischio.

## Bibliografia

1. L'influenza A farà 12 mila vittime. Le stime del virologo Pregliasco. La Stampa, 19 settembre 2009.
2. FluNews Aggiornamento epidemiologico settimanale 2010;28, 3-9 maggio.
3. Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, Bawa-zeer GA, Al-Ansary LA, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7):CD001269.
4. Eurosurveillance editorial team. Swedish Medical Products Agency publishes report from a case inventory study on Pandemrix vaccination and development of narcolepsy with cataplexy. *Euro Surveill* 2011;16(26). pii: 19904.
5. Kissling E, Valenciano M; I-MOVE case-control studies team. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness in Europe, 2010/11: I-MOVE, a multicentre case-control study. *Euro Surveill* 2011;16(11). pii: 19818.
6. Rockey SJ, Collins FS. Managing financial conflict of interest in biomedical research. *JAMA* 2010;303:2400-2.
7. Ministero della Salute. Piano Nazionale Vaccini 2010-12.
8. Sachedina N, Donaldson LJ. Paediatric mortality related to pandemic influenza A H1N1 infection in England: an observational population-based study. *Lancet* 2010;376: 1846-52.
9. Jefferson T, Del Mar C, Dooley L, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. *BMJ* 2009;339:b3675.
10. Ministero della Salute. Circolare per la prevenzione e il controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2010-2011, 27 luglio 2010.

**Rosario Cavallo**  
Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

*Le argomentazioni del dott. Cavallo sono state discusse più volte su Medico e Bambino e la decisione ministeriale e dell'Istituto Superiore di Sanità dello scorso anno di riservare la vaccinazione antinfluenzale alle categorie a rischio ci è sembrata molto ragionevole, in quanto basata su argomentazioni di sicura efficacia (e non di controversa efficacia) e di bilancio favorevole tra i benefici e i costi dell'intervento vaccinale. Pensiamo che, anche quest'anno, il documento di indirizzo vaccinale (a cui si spera che tutti si attengano, evitando inutili sovrapposizioni decisionali e quindi estrema confusione) sarà sicuramente basato su questi principi. Non crediamo che rispetto al precedente anno vi siano state in letteratura sostanziali novità.*

**Federico Marchetti**