

Plagicefalia, SIDS

Io lavoro in una Terapia Intensiva Neonatale, e mi capita di vedere frequentemente plagicefalie posturali che tendono nel tempo a regredire. Recentemente ho seguito il figlio di un collega, nato a termine da parto cesareo e sviluppatosi oltre il 90° centile per peso, circonferenza cranica e lunghezza. Questo bimbo (che non ha avuto alcun problema di salute dalla nascita) ha attualmente 5 mesi di età, e ha una plagicefalia importante. Sarà perché è figlio di collega, o perché sono diventato ultimamente più ansioso, ho ritenuto, dopo avere fatto un'ecografia transfontanellare (lieve dilatazione della scissura interemisferica; asimmetria con modica dilatazione del corno posteriore del ventricolo laterale), di escludere una eventuale craniostenosi asimmetrica (interessante una sola sutura) facendo eseguire una TAC spirale con ricostruzione tridimensionale: esito negativo. La macrosomia e un'errata postura hanno evidentemente determinato questa crescita asimmetrica del cranio, e le segnalazioni di questo fenomeno sembrano aumentare da quando la campagna "anti-SIDS" si è diffusa, per fortuna, in molti Paesi del mondo.

Vi scrivo non per raccontarvi questo caso, ma per porre delle domande, anche in relazione all'articolo "Marsupi, seggiolini e affini..." del maggio 1999. Gli Autori, in relazione al problema "emergente" delle plagicefalie, affermano che, meglio della posizione supina, è la posizione di fianco con il cuscino "nanna sicura", alternando il fianco destro e sinistro sino ai sei mesi, poi passando alla posizione prona.

Io, che per natura mi sento sempre afflitto da dubbi sia durante la nanna che durante le scelte professionali, vi chiedo se è corretto questo messaggio, e comunque se non dovremmo acquisire, prima di sbilanciarci con certe affermazioni, qualche dato epidemiologico su quante SIDS si sono evitate e su quante plagicefalie si sono "create", e su quanto sicuro sia il cuscino "nanna sicura".

Nell'ipotesi di una plagicefalia da craniostenosi l'intervento correttivo a quanti mesi andrebbe fatto? Ho ricevuto su questo problema risposte contrastanti. E se è vero che il problema vero e/o falso è emergente, e grazie alla TAC spirale la diagnosi può essere posta sempre prima, credo che sarebbe utile avere un'idea sui tempi consigliati per l'intervento chirurgico. Del resto, se l'intervento andasse fatto a 1-2 anni come qualcuno mi ha detto, io ho sbagliato a fare la TAC spirale, perché probabilmente il tempo avrebbe risolto il dubbio diagnostico: ma il criterio è solo

l'età o anche la circonferenza cranica?

Questo bambino ha una circonferenza cranica di 45 cm, all'età di 5 mesi.

Fabio Lunetta, Neonatologo
Palermo

Credo che la causa principale di plagicefalia sia legata alla postura prenatale (vedi l'articolo di Medico e Bambino sul bambino "plasmato", 3, 153, 1997). Certo, anche la postura post-natale (che può essere conseguenza di quella prenatale) può avere il suo ruolo (un tempo questo era in relazione a carenza di vitamina D).

Sul problema del procubito e della postura laterale nella SIDS Lei sfonda molte porte aperte. Le morti risparmiare con la campagna "back to back", o simili, sono state moltissime (dalla metà ai due terzi rispetto ai dati pre-campagna). La maggior parte delle morti residue sono legate al decubito laterale, irresponsabilmente raccomandato, non si sa perché, nella convinzione che "in medium stat virtus", o che quel che va bene per l'adulto vada bene anche per il neonato. È vero che sul problema della craniostenosi le indicazioni "forti" sono queste:

a) l'intervento va fatto prima dell'anno (ma non troppo presto, diciamo verso la fine del secondo semestre);

b) esiste l'evidenza di una possibilità di danno se la pressione intracranica (rachicentesi) è aumentata, e in questo caso è ragionevole anticipare l'intervento.

Mi scuso se non aggiungo la documentazione bibliografica, che non ho sottomano, ma sono certo di entrambe le affermazioni.

In verità l'articolo sui seggiolini tratta questo aspetto in maniera più accettabile di quanto possa apparire dalla sua lettera.

L'articolo sottolinea (come è vero) che queste morti da decubito sul fianco sono dovute al fatto che si tratta di una posizione instabile (i morti, di fatto, sono stati trovati a pancia in giù), e che il cuscino "nanna sicura" invece le "stabilizza". Dunque, si tratta di un messaggio culturalmente accettabile, anche se è vero però che troppi messaggi confondono. E, in ultima analisi, anche il problema della plagicefalia è un falso problema, una deformità transitoria e autocorreggibile.

F.P.

L'immunoterapia nelle allergie respiratorie

Scrivo a proposito dell'articolo "L'immunoterapia nelle allergie respiratorie in sei domande (più una)" di Giorgio Longo,

comparso su *Medico e Bambino* 9, 592-598, 1998. Le mie riflessioni vengono a distanza di un anno dalla pubblicazione dell'articolo; non mi è mancato dunque il tempo per rifletterci. E la conclusione è che mi trovo in buona parte d'accordo con gli argomenti dell'Autore nei confronti dell'immunoterapia specifica (ITS) ma che, tuttavia, ho delle riserve da avanzare.

In sintesi, Longo spiega ai lettori come l'elaborazione di più di 50 voci di letteratura lo abbia fatto pervenire a una posizione pratica di notevole distacco nei confronti dell'ITS, che riassume così: «..E così finisco il più delle volte per far prevalere la decisione di non fare nulla, di tirare avanti senza vaccino: ... ho l'impressione che la gente sia molto più contenta così, e che sia molto meno disponibile (o preparata) all'ITS rispetto a una volta quando il «vaccino veniva quasi preteso dai genitori».

Dissentito.

La posizione di disimpegno o di stanchezza nei confronti dell'ITS che Giorgio Longo dichiara non mi pare sia giustificata da uno spassionato esame della letteratura, quanto piuttosto conseguenza di un (sempre più) mutato ambiente socio-culturale-economico nel quale la pratica immunoterapica si inserisce.

Modificare in modo durevole la reattività allergica del paziente (questo facciamo con l'ITS) è un obiettivo di grande nobiltà terapeutica; un target che nessuna farmacoterapia è in grado di raggiungere. Ma prendere in carico una persona per anni è una scelta pesante che si cerca di eludere. Non fa parte di quella filosofia post-industriale del "comfort", che tutto permea (e come la medicina potrebbe pretendere di sfuggirvi?).

Queste, a parer mio, sono le vere cause del distacco nei confronti dell'ITS, e non i risultati degli studi che, per contro, sempre più chiaramente dimostrano che l'ITS, se usata a dosi sufficienti, è in grado, a differenza della farmacoterapia, di dare un beneficio clinico e delle modifiche immunologiche la cui durata si protrae ben al di là del trattamento stesso. In questo senso parla tutta una serie di ricerche^{1,3}, alcune delle quali^{7,8} di durata decennale; l'ultima è quella di Durham, comparso l'agosto scorso sul *New England Journal of Medicine*⁸. Ora, se l'ITS ha dei risultati clinici e, notiamo bene, immunologici (inibizione della late reaction, inibizione di certe sottopopolazioni linfocitarie), è coerente allora concludere che l'ITS stessa è in grado di modificare l'evoluzione, ossia la storia naturale, della malattia; che essa ha dunque un effetto preventivo. Perciò, là dove, a pag. 595, sotto la figura 1, l'Autore si pone la domanda cruciale sul-

l'esistenza di questo effetto, concludendo che «a questa domanda non abbiamo ancora risposto», sarebbe più giusto scrivere, oggi: «abbiamo un certo numero di ricerche controllate che sembrano dimostrarlo».

Ma se questo è vero, se noi con l'ITS siamo in grado di compiere quello "*ktéma és aél*", quell'acquisto durevole di cui parla Tucidide, allora dobbiamo rivedere profondamente le nostre abitudini mentali. Vorrei tentare di spiegarmi utilizzando proprio una figura che Giorgio Longo ha usato a corredo di un suo articolo, di concertante preveggenza⁹, di 10 anni fa.

Dieci anni fa, lasciatemelo dire, come cultura eravamo tutti (a cominciare da me) un po' più "semplici", e non ci ponevamo tutti i problemi che la forza delle cose ci ha obbligati poi a prendere in considerazione. Peter H. Holt era già nato, certo, ma avrebbe tardato almeno altri cinque anni a emettere le sue innovative proposte sull'ITS fatta in tenera età come profilassi primaria¹⁰. Ma Giorgio Longo e Franco Panizon si ponevano già questi problemi e avanzavano già proposte simili nell'articolo di cui sopra, intitolato "L'immunoterapia in età pediatrica: quando cominciare?"

La figura che ripropongo descrive in modo chiarissimo, con la curva parabolica delle IgE, come vanno le cose "in natura". Vi è una fase, immediatamente dopo la nascita, in cui il bambino predisposto (o a rischio) non è ancora sensibilizzato. Le succede un'altra fase in cui la comparsa delle IgE specifiche dimostra l'avvenuta sensibilizzazione. In un terzo momento appaiono i primi sintomi. Più avanti ancora i sintomi si fanno «sufficientemente molesti da motivare l'ITS». E qui chiedo: quanti sono i casi di disturbi molesti che vengono trattati magari per un decennio con la terapia medicamentosa e che finalmente, "per disperazione", ci si decide ad avviare all'ITS?

Ma se l'ITS ha l'effetto modificante durevole dello stato allergico che la ricerca indica, che senso ha fare della tardiva profilassi terziaria quando, con l'ITS stessa, praticata precocemente, potremmo inserirci più a monte nella catena degli eventi e fare quanto meno qualche cosa di più "reddittivo" in senso clinico che non sia l'ITS proposta e praticata come ultima spiaggia.

Fare dunque dell'"immunoprofilassi specifica"; il termine non è mio, ma di Longo e Panizon, che aggiungono: «... è fondamentale che la si faccia comprendendo il significato preventivo, di "investimento" futuro, non terapeutico, immediato di questo intervento». E ancora: «...

l'ITS condotta precocemente nelle primissime fasi della sensibilizzazione ha un altro e questa volta certo vantaggio: quello di poter iniettare dosi molto più elevate di vaccino senza o con scarsissime reazioni reaginiche secondarie». A completare il quadro, aggiungo la considerazione fatta da Holt¹⁰ che il sistema immunitario del bambino conserva una notevole plasticità di risposta anche al di là di quella "finestra" temporale (0-6 mesi) entro cui si ritiene ideale intervenire.

La questione è, dunque, mi sembra, più che mai nelle mani dei pediatri. So bene, caro Longo, che come tu scrivi, «il position paper del WHO, targato 1998 e sottoscritto da tutte le massime "autorità" in questo campo, pone ancora l'età inferiore ai 5 anni come una "controindicazione relativa" all'ITS e che in tutti i protocolli internazionali ... l'ITS viene considerata soltanto dopo che le altre terapie non hanno dato risultati sufficienti (e quindi fuori tempo massimo per un'eventuale azione preventiva)». Ma i position paper, grazie a Dio, non sono la Bibbia.

Penso che sarebbero estremamente utili delle ricerche controllate, del tipo da Giorgio Longo già preconizzato, miranti a stabilire l'influenza dell'ITS sulla storia naturale della malattia in coorti confrontabili di bambini monosensibili. Se ne avessi i titoli, mi piacerebbe fare un appello in questo senso. Purtroppo di titoli me ne riconosco uno solo, ed è quello anagrafico, e vedo da me che è un titolo insufficiente. Ma mi sono anche detto che, se un messaggio è buono, resta buono anche se viene da *unus de populo*. E allora ecco l'appello: ripensiamo il concetto di ITS, da provvedimento di estrema risorsa come è intesa oggi proviamo davvero a intenderla come investimento profilattico, e vediamo se la ricerca ci conferma la validità dell'ipotesi. Insomma, riprendiamo il discorso dal punto in cui Longo l'ha lasciato 10 anni fa.

La sfida conoscitiva sarà perduta in partenza, se già in quell'età pediatrica che la logica clinica ci indica come la più suscettibile ai benefici di un'immunoprofilassi noi prendiamo le distanze dall'unica terapia che ci dia la fondata speranza di interferire in meglio sull'evoluzione clinica della malattia allergica.

Con amicizia e stima.

Severino Dal Bo, Allergologo
Milano

Bibliografia

1. Österballe O, Löwenstein H, et al: Immunotherapy with grass pollen major allergens.

Immunological results from a prospective 3-years double-blind study. *Allergy* 37, 491-501, 1982.

2. Mosbech H, Österballe O: Does the effect of immunotherapy last after the termination of the treatment? *Allergy* 43, 523-29, 1988.

3. De Roches A, et al: Immunotherapy with a standardized *D. pteronyssinus* extract. V. Duration of efficacy of immunotherapy after ITS cessation. *Allergy* 51, 430-33, 1996.

4. Dolz I, et al: A double-blind, placebo-controlled study of immunotherapy with grass-pollen extract Alutard SQ during a 3-year period with initial rush immunotherapy. *Allergy* 51, 489-500, 1996.

5. Jacobsen L, et al: Immunotherapy with partially purified and standardized tree pollen extract. IV. Results from long term (6-year) follow-up. *Allergy* 52, 914-20, 1997.

6. Naclerio RM, et al: A double-blind study of the discontinuation of ragweed immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 100, 293-300, 1997.

7. Ohashi Y, et al: Serological study of the working mechanism of immunotherapy for children with perennial allergic rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 124, 1337-46, 1998.

8. Durham SR, et al: Long-term clinical efficacy of grass-pollen immunotherapy. *N Engl J Med* 341, 468-75, 1999.

9. Longo G, Panizon F: Aspetti particolari dell'immunoterapia specifica in età pediatrica: quando cominciare? *Asma, Allergia, Immunopat* 77, 5-12, 1989.

10. Holt PH: A potential vaccine strategy for asthma and atopic diseases during early childhood. *Lancet* 344, 456-58, 1994.

Severino Dal Bo, per chi non lo conoscesse, è uno dei massimi esperti dell'argomento, e cura da moltissimi anni la più diffusa e gradita rassegna di recensioni di letteratura allergologica: Asma, Allergia, Immunopatologia.

Andando al nocciolo della questione, e condividendo solo parzialmente l'opinione di Dal Bo sulle cause dell'attuale, comune (a medici e pazienti) minore entusiasmo nei confronti dell'ITS (che io credo sia dovuta essenzialmente all'efficacia e alla disponibilità di trattamenti farmacologici alternativi), mi sembra che non vi siano dubbi che l'obiettivo fondamentale dell'ITS sia quello di modificare in modo durevole la reattività allergica del paziente.

Chi si vaccina, o il genitore che accetta di vaccinare il figlio, lo fa con una fondamentale, forse sola, motivazione e speranza, quella di guarire definitivamente dall'allergia. Questo per dire che sono perfettamente d'accordo con Dal Bo sull'enunciazione del problema; non lo sono affatto invece quando fa l'errore di fare "di ogni allergene un fascio".

Eppure mi sembrava di essere stato chiaro su questo aspetto, a cui ho dedicato l'unica tabella dell'articolo, e per il quale

sembra vi sia una generale disattenzione: i risultati raggiunti persistono stabilmente dopo la sospensione dell'ITS per il veleno di imenotteri e per gli allergeni stagionali (vedi anche l'ultimo lavoro di Durham), ma questo non succede con l'acaro della polvere. Tutti, proprio tutti gli studi che hanno affrontato l'efficacia dell'ITS verso l'acaro hanno confermato la fugacità dei risultati raggiunti.

Anche nello studio di De Roches, che ritrova una efficacia più duratura rispetto agli studi precedenti, viene evidenziata una continua tendenza alla ricaduta che, a tre anni dalla sospensione dell'ITS, ha già interessato il 60% dei vaccinati. Perché ci sia questa differenza tra acaro e allergeni stagionali (pollini) o occasionali (veleno di imenotteri) non è chiaro; io ho fatto una ipotesi (confronta l'articolo di Medico e Bambino citato da Dal Bo), ma non è detto che sia quella buona; di fatto, piaccia o non piaccia, le cose stanno così.

Sulla base di questi risultati è difficile pertanto ipotizzare che l'ITS riesca a modificare nel lungo termine la storia naturale dell'asma bronchiale. E sembra inutile sottolineare come sia purtroppo l'allergia perenne verso l'acaro, e non la pollinosi, quella che può condizionare la prognosi e l'evoluzione asmatica dal bambino all'adulto e per la quale avremmo voluto fosse confermata l'ipotesi "preventiva", non soltanto terapeutica, dell'ITS.

Forse, nel mio scritto, come dice Dal Bo, sono stato troppo freddo e distaccato dall'ITS, ma a me piace giocare al "Bastian contrario", e con tutta onestà mi sembra oggettivamente immotivato l'attuale (ritrovato) entusiasmo per questo trattamento. L'ITS è quella che è, e chi la fa da sempre, come me e Dal Bo, la conosce bene nei suoi pregi e limiti. Non può essere l'eccessivamente decantata efficacia preventiva sull'asma da pollini (poco utile e scontata), o quella sulle successive sensibilizzazioni (da confermare), a farci cambiare le indicazioni storiche dell'ITS (e queste, che ci vada bene o meno, sono state alquanto ridimensionate dalla disponibilità di farmaci efficaci e senza veri effetti collaterali).

Ma lo stesso Dal Bo, quando alla fine, ripercorrendo gli entusiasmi che io e Franco Panizon esprimemmo 10 anni fa nell'articolo citato, scrive testualmente: «Ecco perché penso che sarebbero estremamente utili delle ricerche controllate, del tipo da te già preoconizzato, miranti a stabilire l'influenza dell'ITS sulla storia naturale della malattia...», forse senza accorgersene, non fa che confermare esattamente quello per il quale mi criticava all'inizio della sua lettera (la mia affermazione che «a questa domanda non abbiamo ancora risposta»),

che è poi, stringi stringi, tutto il nocciolo del nostro (amichevole e spero costruttivo per chi legge) contendere.

Giorgio Longo, Trieste

Crediti formativi e bisogni

Ho l'impressione che nella lettera del dottor Becherucci (*Medico e Bambino* 7/1999) sulla formazione continua, per gran parte condivisibile, non sia chiaro un punto: chi sceglie i programmi formativi? e, a monte di questo, chi valuta i bisogni? Sul problema di chi identifica i bisogni il collega scrive che parte delle priorità formative devono essere relative alla necessità del sistema, e che nessuno meglio dei medici che fanno quel lavoro può valutare quali siano gli aspetti da approfondire. Il sistema, dunque, sono i medici?

Sarebbero questi (come singoli, come gruppo omogeneo o interprofessionale? come inseriti in un territorio?) a valutare i propri bisogni e a scegliere i programmi? Più avanti, però, è scritto come sia naturale che i medici preferiscano rimanere nella loro "comfort zone", cioè in quello che sanno meglio, e che quindi andrebbero incoraggiati a occuparsi di argomenti "fuori delle proprie scelte".

Il problema, a questo punto, non pare semplice: chi stabilisce cosa sia importante "fuori dalle scelte", ovviamente individuali, e li incoraggia? e come? Sono necessari incentivi positivi o negativi? Come si vede, il problema ritorna, a questo punto, alle origini.

Un'ultima osservazione: il dottor Becherucci scrive che non è importante che i programmi siano imposti o volontari, il problema è la qualità. Il che è vero, purché si intenda qualità "formativa": una lettura magistrale, un megacongresso, possono essere di ottima qualità, ma sul piano formativo mi pare dimostrato che di solito valgono poco (Davis, *JAMA* 274, 700, 1995). Rinasce quindi il problema di valutare la "qualità formativa" rispetto alle "necessità del sistema", e con quali incentivi promuoverla.

Giancarlo Biasini, Pediatra
Cesena

La questione aperta dalla lettera di Becherucci, e riaperta da quella di Biasini, è ritenuta importante e forse lo è.

Chi può giudicare su quali siano i VERI bisogni formativi? Domanda obbligatoria, per impostare un programma serio di crediti formativi. Ma, come ogni domanda se-

ria, rischia di avere risposte poco serie, "ufficiali", formali. Nello stesso tempo, essendo una questione senza risposta, rischia di creare un viluppo inestricabile come la spugnetta di ferro per la pulizia delle stoviglie.

Le cose sono forse un po' più semplici, e anche un po' più complicate.

I pediatri riconoscono i loro bisogni espliciti (e in qualche modo li conosce anche Medico e Bambino dalle loro domande che da quasi vent'anni arrivano sul tavolo di Giorgio Longo, e adesso anche sullo schermo di Internet). I pediatri non possono invece, per definizione, né loro né altri, conoscere i loro bisogni impliciti. Ma in qualche modo anche questi bisogni, almeno in parte li conosciamo, sulla base di criteri soggettivi (come il calore della discussione che questo o quell'argomento desta nelle riunioni congressuali), e su criteri oggettivi (come la non recente ricerca sui bisogni inevasi, o il recente, inquietante, Audit sulla cura di quattro malattie comuni: broncopneumite, asma, pielonefrite, DAR).

Ma il vero problema è quello di avere voglia di imparare; una cosa che coi crediti non si acquista. I veri bisogni sono quelli che vengono dal cuore: senza quelli, senza sentirli come propri, senza una motivazione autentica, non si impara. Altrettanto certamente vent'anni di apprendimento e di insegnamento (come dicono esplicitamente gli Audit sulle quattro malattie, svolti nell'Ospedale, ma in realtà adeguati a dare una visione d'insieme, non favorevole, su tutto il sistema) hanno reso molto poco alla qualità del "saper fare".

Forse si deve fare un passo indietro, cominciare a imparare ad aver voglia di imparare, a imparare di non sapere; certamente si dovrebbe anche imparare a insegnare; forse anche a sapere, prima di insegnare. E se molti lo avessero imparato, forse i crediti non servirebbero.

Ma tutto questo non c'entra, e anche, devo confessarlo, tutto questo è pieno di presunzione.

F.P.

Fluticasone e gli altri?

Scrivo, anche su segnalazione un po' sorpresa di altri lettori, per segnalare quelle che a me sembrano essere delle incongruenze, contenute nell'articolo intitolato "Il Fluticasone Propionato (FP): suo ruolo nel trattamento dell'asma" (*Pagine elettroniche* di settembre). Non è che contenga informazioni scorrette; ma il modo con cui l'informazione viene data può in-

volontariamente causare confusione.

Si parla del FP, ultimo arrivato tra gli steroidi inalatori, attribuendogli (correttamente) una serie di proprietà positive, che però sono perfettamente possedute anche dagli altri steroidi inalanti che non vengono menzionati se non alla lontana: come il controllo dei sintomi asmatici, il miglioramento della funzionalità polmonare, la riduzione delle ricadute, il miglioramento della qualità della vita, la superiorità rispetto ai cromoni; e ancora, la possibilità di un'unica somministrazione e la riduzione della dose se associato a un b-2 long acting. In particolare, si sottolinea nell'articolo, che il FP è altrettanto efficace degli altri steroidi inalanti, ma a metà della dose impiegata. Vero, il FP è più potente (e questo va detto), ma anche gli effetti negativi, a parità di dose, sono maggiori (e anche questo va detto), sicché l'indice terapeutico (il rapporto efficacia/tossicità) resta invariato^{1,2}.

In un punto dell'articolo la dose di 500 mg/die è indicata come "ben tollerata". Anche se alla fine si aggiunge "nell'adolescente e nell'adulto", l'impressione del lettore potrebbe essere che il fluticasone propionato sia tollerato quasi indipendentemente dalla dose. In realtà 500 mg di FP corrispondono in tutto a 1000 mg di beclometasone dipropionato, che sono più del doppio della massima dose (400 mg) considerata "safe" nel bambino.

Questo per segnalare che, anche con questa molecola, va cercata e utilizzata sempre la dose minima efficace perché, comunque sia, nessun cortisonico inalatorio è esente da effetti secondari.

Con il FP a dosi elevate sono stati segnalati ritardi della crescita³ e, più recentemente, una grave insufficienza surrenalica acuta in un bambino di sei anni dopo il passaggio dal FP, fatto per più anni con un dosaggio elevato (1000 mg/die), alla budesonide (800 mg/die)⁴. Ma un caso di soppressione surrenalica e ritardo di crescita è stato segnalato anche con una dose di appena 250 mg/die di FP⁵.

In conclusione, gli studi, numerosi, di confronto tra le varie molecole di steroidi inalatori, per cercare di evidenziare delle differenze nell'indice terapeutico non hanno sinora condotto ad alcuna conclusione definitiva^{1,6}, e pertanto, il messaggio di *Medico e Bambino* è stato sinora che il FP è sicuramente una molecola efficace (che io stesso utilizzo) ma che non si differenzia, sul piano terapeutico, dai suoi analoghi. Temo che una lettura meno che attenta dell'articolo in questione possa inquinare questo semplice messaggio.

Giorgio Longo, Trieste

Bibliografia

1. Byrne PMO, Pedersen S: Measuring efficacy and safety of different inhaled corticosteroid preparations. *J Allergy Clin Immunol* 102, 879-86, 1998.
2. Longo G: I glucocorticoidi per via inalatoria. *Medico e Bambino* 6, 367-73, 1998.
3. Todd G, Dunlop K, et al: Growth and adrenal suppression in asthmatic children treated with high-dose fluticasone propionate. *Lancet* 348, 27-9, 1996.
4. Todd GR, Wrigh D, et al: Acute adrenal insufficiency in a patient with asthma after changing from fluticasone propionate to budesonide. *J Allergy Clin Immunol* 103, 956-7, 1999.
5. Zimmerman B, Gold M, et al: Adrenal suppression in two patients with asthma treated with low doses of inhaled steroid fluticasone propionate. *J Allergy Clin Immunol* 101, 425-6, 1998.
6. Kelly HW: Establishing a therapeutic index for the inhaled corticosteroids: Part I. *J Allergy Clin Immunol* 102, S36-S51, 1998.

Una critica "da dentro". Come dire che metà di Medico e Bambino dice una cosa e l'altra metà ne dice un'altra. Non è così.

F.P.

anche se i toni sono diversi, se da una parte si sottolinea, mi sembra giustamente, la sostanziale non superiorità di uno steroidi inalante sull'altro, e dall'altra ci si limita a parlare di uno solo, peraltro con sicura innocenza, e correttamente. Ma un poco è vero che, qualche volta, la mano sinistra, Medico e Bambino elettronico, possa avere qualche distrazione nei riguardi della mano destra, Medico e Bambino cartaceo, e viceversa; ed è però anche vero che una ragionevole varietà di voci e di culture può produrre qualche percepibile disarmonia. È "il bello della diretta", ovvero "il bello del dilettantismo". Perché Medico e Bambino resta un prodotto artigianale di persone che hanno un altro mestiere, quello del medico; e a questo deve quel tanto di "verità", oltre che di "naturalità" che lo caratterizza. E forse anche le puntualizzazioni che derivano da questa piccola "discussione interna", finiscono per dare un messaggio più forte che non un'esposizione irreprensibile, in cui la verità potrebbe restare diluita.