

MISCELLANEA

Per questo mese "pre-festivo" la rubrica *Digest* si alleggerisce un po' e, anziché affrontare un tema singolo a tutto campo, si diluisce in 3 argomenti diversi, tutti estratti dal numero di gennaio di "Archives", che ci sono sembrati, peraltro, tutti, per differenti ragioni, abbastanza interessanti. A questi abbiamo aggiunto, ci tenevamo, come "supplemento", una integrazione riguardante la spesa sanitaria italiana, Regione per Regione, argomento già affrontato nel *Digest* di marzo; un completamento che ci stava a cuore e per il quale, in quel numero, non c'era spazio.

FREQUENZA RESPIRATORIA NELLE BRONCOPOLMONITI

ADDING FEVER TO WHO CRITERIA FOR DIAGNOSING PNEUMONIA ENHANCES THE ABILITY TO IDENTIFY PNEUMONIA CASES AMONG WHEEZING CHILDREN

CARDOSO MR, NASCIMENTO-CARVALHO CM, FERRERO F, ALVES FM, COUSENS SN

Arch Dis Child 2011;96:58-61

I criteri della *World Health Organization* (WHO) per la diagnosi clinica di broncopolmonite, indipendentemente dal reperto steto-acustico e, naturalmente, dalla radiologia (ma poi necessariamente confermati da quest'ultima), sono assai semplici, forse appena un po' troppo: tosse, oppure difficoltà respiratoria (cioè dispnea), associate a tachipnea, e hanno una sensibilità discreta (84%) a tutte le età, molto elevata nei primi 2 anni di vita (94%), ma una assai bassa specificità (19%). Lo si comprende abbastanza bene. La specificità viene sensibilmente ridotta dalla compresenza di *wheezing*: se c'è *wheezing*, infatti, la causa più probabile della poli-dispnea sarà l'asma o la bronchite asmatica. Anche questo si comprende. Se si considerano solo i bambini senza *wheezing*, la specificità, infatti, sale al 62%. Ma, più banalmente, se si aggiunge ai due criteri indicati (tosse o dispnea + polipnea) anche la presenza di febbre (è molto difficile, d'altronde, avere una broncopolmonite senza febbre), la specificità sale al 50%, anche considerando i bambini con asma, conservando una sensibilità dell'85%.

Commento

La ricerca è forse un po' ingenua, mirata a sbagliare meno possibile la diagnosi di broncopolmonite in una situazione di povertà di mezzi, e tutto sommato non del tutto soddisfacente, perché, anche aggiungendo la febbre, la sensibilità resta sub-ottimale.

Abbiamo tuttavia, egualmente, ritenuto di citarla, perché ci richiama a un criterio diagnostico molto utile nella pratica corrente: la broncopolmonite (e la polmonite), come la bronchiolite del primo semestre sono "pneumopatie restrittive", che si accompagnano a una riduzione della superficie (alveolare) di scambio: dun-

que comportano una polipnea compensatoria, non necessariamente associata a fatica respiratoria, cioè a dispnea (ma solo quando si aggiunge la fatica); per converso, l'asma è una patologia ostruttiva, che comporta una dispnea, non necessariamente associata a polipnea (ma solo quando l'ingresso d'aria è insufficiente per lo scambio). Per questo motivo, il primo marker di una broncopolmonite di dimensioni non minimali è effettivamente la polipnea. E tuttavia, quello della conta degli atti respiratori (che certamente la febbre porta ad aumentare, ma non oltre 1/3 rispetto alla frequenza cardiaca) è un criterio che non viene considerato con sufficiente attenzione nella pratica corrente, mentre, crediamo di poterlo sottolineare, merita di essere considerato, non solo in un ambulatorio africano affollato (dove è utilissimo) ma anche da noi, sia per seguire l'andamento della malattia sia, e specialmente, nella consultazione e nel follow-up telefonico. Non sarà, naturalmente, da noi un criterio esclusivo, ma un buon motivo, se presente, per aumentare l'attenzione e, se assente, per tranquillizzare. Nei fatti è molto difficile, almeno sotto i 5 anni, trovare una broncopolmonite o una polmonite pneumococcica (per la polmonite da micoplasma mancano osservazioni sufficienti) con una frequenza respiratoria < 45/m'.

PLAGIOCEFALIA: STORIA NATURALE

DEFORMATIONAL PLAGIOCEPHALY: A FOLLOW-UP OF HEAD SHAPE, PARENTAL CONCERN AND NEURODEVELOPMENT AT AGES 3 AND 4 YEARS

HUTCHISON BL, STEWART AW, MITCHELL EA

Arch Dis Child 2011;96:85-90

Una coorte di 129 bambini (su 220 inviati, nel corso di 2 anni, per consulenza o cura a un servizio ospedaliero della regione di Auckland, in Nuova Zelanda, con una diagnosi di plagiocefalia o di brachicefalia da posizione fatta nel primo anno di vita) è stata sottoposta a controllo intorno al compimento del quarto anno di vita. Nel 61% dei casi la forma del capo si era perfettamente normalizzata, in un altro 32% era quasi normale; il 13% restavano scarsamente migliorati e nel 4% il difetto residuo era giudicato severo. L'atteggiamento dei genitori nei riguardi del problema era stato, all'inizio, di discreta o importante preoccupazione nell'85% dei casi; al termine, solo un 13% aveva mantenuto qualche preoccupazione. La brachicefalia migliora più spesso della plagiocefalia; le asimmetrie frontali e facciali si sono azzerate. Un certo numero di soggetti, come in altri studi, presentava un ritardo (esclusivamente) motorio: gli Autori pensano che questo difetto possa essere stato, forse, causa di una plagio-brachio-cefalia, da ridotta motilità spontanea e non sembrano comunque attribuire grande importanza al problema.



Commento

Il tema della plagiocefalia da posizione è stato affrontato con un certo allarmismo e con una forse eccessiva tendenza all'interventismo, da qualche anno a questa parte, in assenza di conoscenze sulla storia naturale del disturbo. Questo lavoro è una risposta parziale alla questione di fondo: esiste, o non esiste il problema? Il 13% dei bambini messi allo studio presentava ancora una deformità significativa dell'occipite: ma nessuno aveva un'asimmetria del volto. Forse questo basterebbe a dire che, se si tratta, come sembra, di una questione solo estetica, anche questa ha, evidentemente, un impatto minimale. Lipra e coll., citati nell'articolo, hanno dimostrato che l'uso di elmetti rimodellanti, per 23 ore al giorno, ha un effetto migliore del semplice ri-posizionamento. Ok. Ma 23 ore su 24!? In verità, se è difficile affermare l'utilità di un trattamento in mancanza di un serio studio sulla storia naturale (ma chi ha mai visto un adulto con plagiocefalia davvero esteticamente disturbante?), è quasi altrettanto difficile, anzi poco serio, come saremmo tentati di fare, considerare l'argomento come inesistente. Tuttavia, ci sembra che, almeno, questi risultati portino alla conclusione che i casi, su cui eventualmente intervenire, devono essere assai pochi: orientativamente quelli con una deformità davvero significativa, e, tra loro, quelli che non migliorano affatto col ri-posizionamento. Pochi, presumiamo: circa il 10% di quelli a loro volta auto-selezionati, portati appositamente in visita nel corso di 2 anni. Se poi davvero, come suggeriscono questo e altri studi, esiste una anche marginale associazione tra la deformazione del cranio e un ritardo motorio, si dovrebbe concludere che l'attenzione alla forma del cranio, nei casi in questione, ha distratto l'attenzione dal problema primario, che avrebbe dovuto essere, semmai, affrontato per suo conto.

GER SÌ, GER NO, PPI SÌ, PPI NO

THE EFFECTS OF THREE ALTERNATIVE TREATMENT STRATEGIES AFTER 8 WEEKS OF PROTON PUMP INHIBITOR THERAPY FOR GERD IN CHILDREN

LEE JH, KIM MJ, LEE JS, CHOE YH
Arch Dis Child 2011;96:9-13

Questo lavoro è per sua natura "spiazzante", su uno di quei temi che non sappiamo neppure più se siano veri, e di cui tuttavia non si può non tener conto, il GER, che qualcuno ha definito "la malattia del millennio", in un'età, 4-18 anni, in cui è descritto come raro, e in cui si presenta con i sintomi "adulti": il dolore epigastrico, l'acidità, il cattivo sapore in bocca, il vomito (e anche la tosse, ma non sappiamo in quanti casi: a occhio, una minoranza). In 47 casi c'erano lesioni erosive, quelle che si chiamano ERD; in 37

casi non c'erano (NERD). Nei soggetti con ERD la terapia con inibitori di pompa, PPI, è stata efficace in 2/3 dei casi (ma risolutiva solo in 6); in quelli con NERD l'efficacia c'è stata solo nella metà dei casi (e risolutiva in 7). Gli Autori riscontrano - era questo lo scopo della ricerca - che l'effetto alle 8 settimane è già indicativo: quelli che devono guarire o migliorare stanno chiaramente meglio già dopo le prime 8 settimane di cura. Poi possono scegliere se interrompere (tanto la cura non servirà), se continuare indefinitamente (improbabile che continuino per tutta la vita) o utilizzare i PPI "à demande".

Commento

Questo lavoro è la "editor's choice" del numero, cioè l'articolo che l'editor considera il più interessante. Lo abbiamo scelto anche perché si tratta di un raro studio prospettico su un gruppo consistente di ragazzi con una patologia rara per l'età. Il risultato concreto è facile da introiettare: un trattamento con PPI in un ERD o in un NERD ha una probabilità non altissima di far regredire i sintomi, ma bastano 8 settimane per decidere se la terapia serve o non serve. E tuttavia è difficile restarne soddisfatti. Si può davvero dedurre qualcosa da questi risultati? Se era davvero il pH gastrico a far male all'esofago, com'è che i risultati sono stati così parziali? E migliori tra i più malati, gli ERD, che non tra i meno malati, i NERD? E quanto gioca, nel risultato, l'effetto placebo? Gli Autori si limitano a dire: OK, il segnale dell'efficacia è già presente a 8 settimane; ma gli altri? Cosa hanno, oltre al GER? E se hanno solo il GER, come mai i disturbi non scompaiono togliendo l'iperacidità? Un osservatore critico deve concludere che questo lavoro (come, sinora, tutti i lavori sul GER) non chiarisce la sostanza del problema: fino a che punto il GER è patogeno? E nella pratica, come si fa a distinguere, a scegliere, a intervenire?

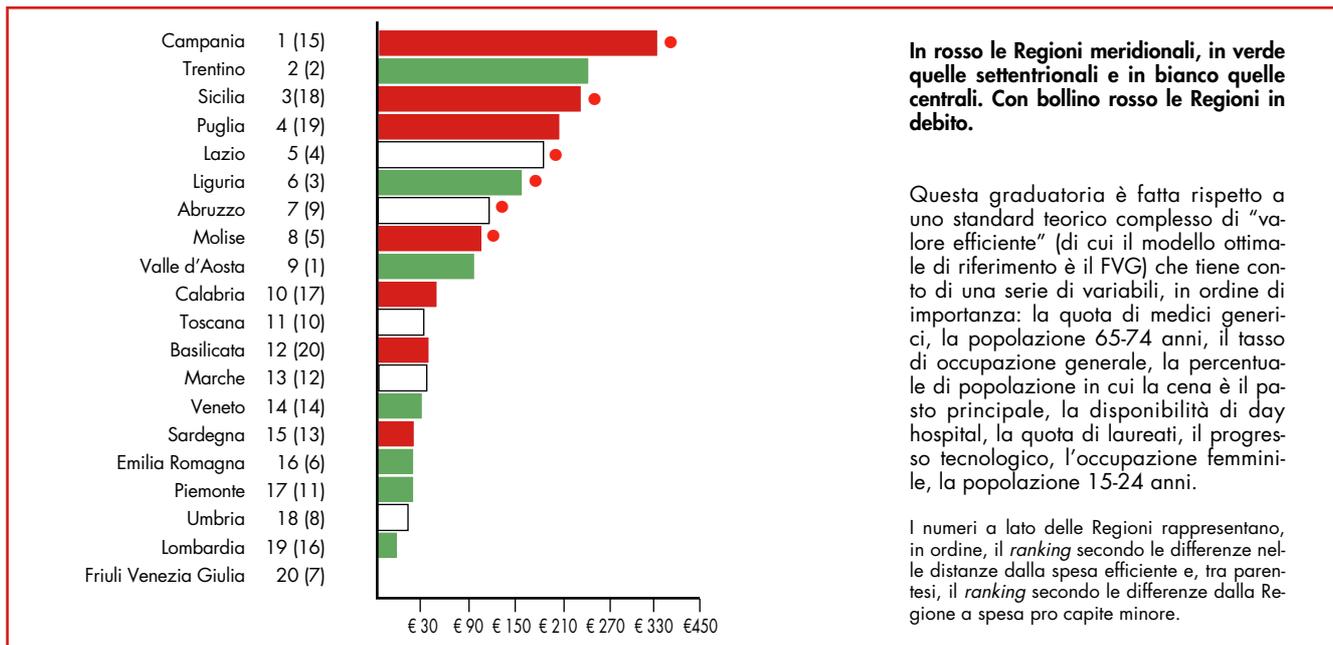
SUPPLEMENTO (dalla scatola nera della Finanza delle Regioni)

Nel Digest di marzo (Medico e Bambino 2011;30:185-6) avevamo messo a confronto la spesa delle diverse Regioni. Ma non c'era stato spazio per i grafici. La lettura ci sembra interessante: le differenze di spesa fra Regione e Regione potrebbero sembrare accettabili; eppure alcune Regioni hanno fatto debiti catastrofici. Se la spesa di ogni Regione viene commisurata sia alla qualità dell'offerta sia ai bisogni reali, appare evidente la differenza fra Regioni cialtrone (sovrappeso + debito + cattiva qualità dell'offerta, facce della stessa medaglia) e Regioni virtuose. Ciascuno, a casa sua, faccia quello che può, da cittadino e da medico, per correggere quello che è correggibile.

A	Sovraspesa in milioni (1997-2006) (rispetto alle 5 Regioni virtuose)		B	Spesa pro capite in Euro		C	Scostamento, in punti, dal ranking di qualità	
Campania ●	1593 M		1215		418			
Puglia ●	574 M		1150		428			
Sicilia ●	575 M		1155		418			
Lazio ●	429 M		1385		388			
Bolzano	359 M		1267		8			
Calabria	301 M		1159		528			
Sardegna	261 M		1234		378			
Trento	215 M		1267		8			
Piemonte	140 M		1251		-12			
Friuli Venezia Giulia	66 M		1267		38			
Basilicata	53 M		1122		378			
Valle d'Aosta	44 M		1456		68			
Abruzzo ●	8 M		1263		318			
Lombardia	00	Regioni virtuose	1207		38			
Veneto	00		1216		12			
Umbria	00		1266		-522			
Toscana	00		1253		-22			
Emilia Romagna	00		1300		18			
Molise ●	-9		1304		338			
Marche	-94		1253		-22			
Liguria ●	-304		1423		168			

La lettura del grafico sovrastante è semplice. La colonna al centro (B) esprime la spesa pro capite così com'è, con variazioni tra le singole Regioni apparentemente accettabili. La prima colonna (A) esprime la sovraspesa delle singole Regioni nel decennio studiato, rispetto alle Regioni virtuose; la terza colonna (C) esprime la collocazione in base alla qualità dell'offerta, misurata come allontanamento dall'offerta ideale (lo zero).

Tabella I. Diverse letture della spesa sanitaria regionale.



In rosso le Regioni meridionali, in verde quelle settentrionali e in bianco quelle centrali. Con bollino rosso le Regioni in debito.

Questa graduatoria è fatta rispetto a uno standard teorico complesso di "valore efficiente" (di cui il modello ottimale di riferimento è il FVG) che tiene conto di una serie di variabili, in ordine di importanza: la quota di medici generici, la popolazione 65-74 anni, il tasso di occupazione generale, la percentuale di popolazione in cui la cena è il pasto principale, la disponibilità di day hospital, la quota di laureati, il progresso tecnologico, l'occupazione femminile, la popolazione 15-24 anni.

I numeri a lato delle Regioni rappresentano, in ordine, il ranking secondo le differenze nelle distanze dalla spesa efficiente e, tra parentesi, il ranking secondo le differenze dalla Regione a spesa pro capite minore.

Tabella II. Differenze interregionali di spesa sanitaria pubblica pro capite in funzione del valore efficiente (elaborazioni Cerm).