

La pagina gialla

a cura di Alessandro Ventura

Tette magiche (per l'analgesia non farmacologica). La puntura del tallone (per gli esami di screening di massa, per il monitoraggio di esami di laboratorio eventualmente necessari) è evento routinario in neonatologia. Routinario, ma senz'altro doloroso e va dato merito a tutti quei neonatologi che hanno messo in atto qualche misura per alleviare le pene del neonato. Tra quelle sperimentate, la più efficace si conferma quella di far succhiare la tetta al bambino durante il prelievo. Uno studio svolto dai neonatologi di Edimburgo dimostra che questa piacevole attività alza significativamente la soglia del dolore, misurata dall'intensità del dolore da applicare per evocare la retrazione antalgica della gamba e movimenti grossolani di difesa di tutto il corpo (Abdulkader HM, et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92:f130-131). Un altro studio, svolto dai neonatologi di Trieste (Brovedani P, et al. *Lancet* 2007;369:1429-30), dimostra come succhiare la tetta (e anche la soluzione glucosata) riduca il dolore da puntura del tallone (misurato con la scala PIPP-*premature infant pain profile*) in maniera significativamente più efficace di qualsiasi altra manovra consolatoria (ninnolamento, carezzamento, rassicurazione/distrazione vocale ecc.) o della suzione del ciuccio.

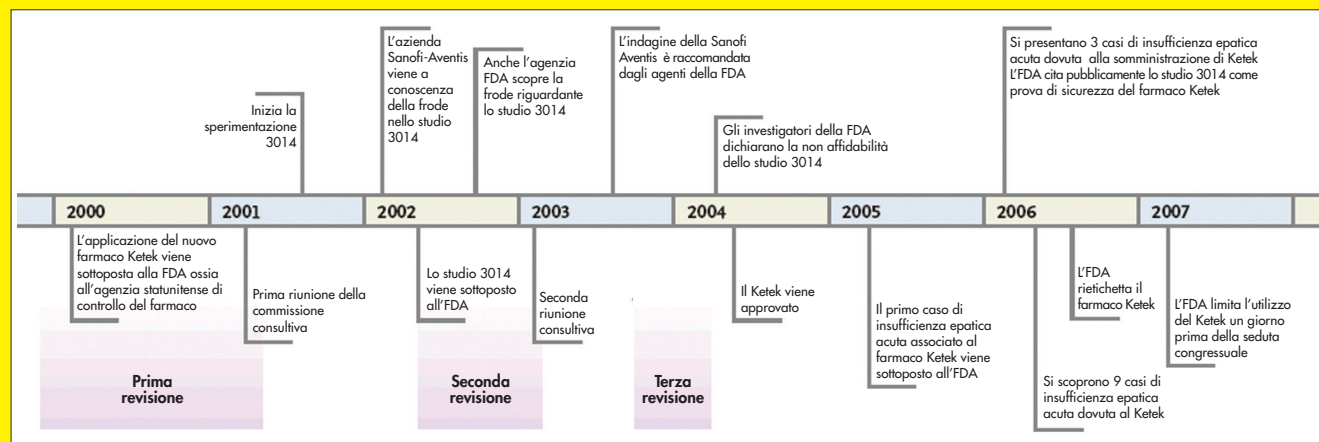
Screening della fibrosi cistica: ancora un enigma? Lo screening neonatale per la fibrosi cistica rimane uno dei più discussi e non è universalmente accettato. Lo studio pubblicato e in qualche modo "esaltato" dalla grande enfasi data dall'editore del *Lancet* (che gli ha dedi-

cato la copertina del numero del 7-13 aprile) ci dà ora evidenza dei vantaggi economici dello screening nella gestione della malattia. Infatti il costo delle terapie dei casi diagnosticati per screening risulta significativamente inferiore a quello dei casi diagnosticati per sintomi, qualsiasi sia l'età di questi ultimi alla diagnosi o la loro caratterizzazione genetica (Sims EJ, et al. *Lancet* 2007;369:1187-95).

Misfatti. Provate a pensarvi al cinema a "godervi" un classico film d'azione dove i protagonisti sono medici corrotti che partecipano a una sperimentazione, inventando pazienti e dati, una ditta che vuole lanciare un nuovo antibiotico che "supera tutte le resistenze batteriche", una agenzia di controllo del farmaco che subisce pressioni e sorvola sulla frode scientifica e sulla emergente evidenza di tossicità grave del farmaco in questione (53 casi, di cui 4 con insufficienza epatica acuta mortale) e che alla fine tutto si fermi in tempo (per la ditta..., ma 16 mesi dopo la segnalazione del primo caso di epatotossicità grave correlata al farmaco) prima che alla cosa venga data troppa pubblicità. Immaginatevi anche che nei titoli di coda sia scritto: ogni riferimento a fatti e persone è reale e ci si riferisce alla storia del *Ketek*, un nuovo antibiotico chetolitico prodotto e messo in commercio dalla Aventis per il trattamento delle infezioni respiratorie. È quello che proverete leggendo la nota di David Ross (un esperto al servizio della *Food and Drug Administration*) sul *New England Journal of Medicine* del 19 aprile (Ross D, 2007;356:1601-4). Una storia di mi-

sfatti che superano la nostra immaginazione, sintetizzata dal grafico che vi proponiamo.

Lavori meglio se ti pago di più? Domanda annosa, soprattutto in campo sanitario. Un recente articolo riporta l'esperienza americana in campo ospedaliero (Lindenauer PK, et al. *N Engl J Med* 2007;356:486-96). Sono stati studiati 207 ospedali che partecipano a un programma di incentivi finanziari, il cosiddetto "pay for performance": in pratica, gli ospedali che si collocano nel quintile più alto per una serie di indicatori di qualità dell'assistenza, ricevono una maggiorazione dell'1-2% sulle tariffe di rimborso di *Medicare*, mentre quelli nel quintile più basso sono penalizzati della stessa percentuale. Questi ospedali sono confrontati con un gruppo di altri 406 che non partecipano al programma ma che *si limitano* al "public reporting": in pratica, alla raccolta e alla pubblicazione periodica dei dati relativi alla qualità dell'assistenza da loro erogata (questo reporting è comunque praticato anche dal primo gruppo di ospedali). Gli incentivi migliorano l'assistenza? Sì, ma solo di poco: dal 2,6% per l'infarto al 4% per lo scompenso cardiaco. Va sottolineato che gli "indicatori di qualità" utilizzati sono strettamente legati alla buona pratica clinica (ad esempio, la percentuale di pazienti con infarto che riceve aspirina all'ingresso, o quella con scompenso cardiaco che fa un eco-doppler, o quella con polmonite che inizia un antibiotico entro 4 ore dal ricovero ecc.); chi ha avuto a che fare con le verifiche di "qualità" che circolano in Italia (ISO



La storia del Ketek passo dopo passo (da *N Engl J Med* 2007;356:1601-4, modificato).

La pagina gialla

9000, *Joint Commission*) non può non coglierne la differenza con gli indicatori spesso meramente "documentali" di queste ultime (la firma quotidiana del medico in cartella, la gestione delle liste d'attesa, e via dicendo). Nella discussione e nell'editoriale di accompagnamento (Epstein AM, *N Engl J Med* 2007; 356:515-7) viene sottolineato come sia imprescindibile la necessità di ridurre le differenze nella qualità dell'assistenza erogata dai diversi ospedali (almeno finché paga Pantaloni!), ma che forse il semplice obbligo di rendere pubblica la propria performance (ovviamente misurata "senza trucchi") può essere già sufficiente a stimolare la voglia "di far meglio" del medico, e che, comunque, vanno valutati i costi e i rischi (cosa succede negli ospedali penalizzati? si taglia ancora di più l'assistenza?) dei programmi legati a incentivi. Come si vede, problematiche e metodologie lontane anni luce da noi. Ma siamo sicuri che sia giusto ignorarle in eterno?

Vaccinazione anti-pneumococco in USA. In uno studio di enormi proporzioni che ha coinvolto 1012 ospedali di 22 stati americani è stato dimostrato che l'introduzione e l'implementazione della vaccinazione anti-pneumococcica con vaccino coniugato 7-valente ha portato in 4 anni a una significativa riduzione dei ricoveri per polmonite (41.000 casi risparmiati) in bambini di età inferiore ai 2 anni. Un effetto misurabile, per quanto di minori dimensioni, è documentabile anche per bambini un po' più grandicelli (2-4 anni) e per i giovani adulti (18-30 anni) (la fascia dei genitori). E certamente, per gli USA (Paese in cui l'epidemiologia della malattia invasiva da pneumococco è della portata dei Paesi in via di sviluppo e circa 10 volte più "pesante" che da noi), si tratta di un grande risultato che porterà a rinforzare e a migliorare (attenzione alla colonizzazione da parte di ceppi non contenuti nel vaccino) questo tipo di intervento di medicina pubblica.

È utile la radiografia del torace nella bronchiolite? La risposta a questa domanda, almeno nei casi che si presentano con storia e sintomatologia clinica tipica (lattante febbrile con distress respiratorio, gemiti espi-

atori e rantolini diffusi al torace), è chiara e semplice: NO. E ci viene data da un bello studio pubblicato su *Journal of Pediatrics* (Schu S, et al. 2007;150:429-33). Non solo non serve, ma eseguirla porta a un significativo quanto improprio aumento dell'utilizzo dell'antibiotico (sulla base del riscontro di aree distelettasiche interpretate erroneamente come infiltrati broncopneumonici). Meditate, gente, meditate!

Archimedes 1. Si chiedono i tutori della medicina delle evidenze se è giustificata l'applicazione della pomata agli estrogeni nelle bambine con sinechie delle piccole labbra. E provano a dare una risposta sulla base di cinque studi della letteratura: i più corretti possibile (nessun RCT). Si tratta di un problema che, individuato sotto i 4 anni di età, ha l'80% di probabilità di risolversi da solo nel tempo. Nei casi più gravi (adesione completa, bambine grandicelle, disturbi evidenti della minzione) l'applicazione di creme agli estrogeni sembra peraltro giustificata e realmente efficace. Ma, per esserlo, la terapia deve essere protratta per almeno un mese (grado C di evidenza) (Tebruegge M, *Arch Dis Child* 2007;92:268-71).

Archimedes 2. Sempre gli stessi tutori della medicina delle evidenze si chiedono se esistano dei segni clinici che possono essere considerati patognomoni di uno stato di "dentizione in atto" (*teething*), tanto da permettere una diagnosi di certezza. Un complesso di evidenze di grado B indica che, pur in presenza di eruzione dentaria con ipersalivazione, né la febbre né il rossore delle gote né il pianto lamentoso intermittente né il rifiuto dei cibi solidi e dei liquidi né la diarrea possono essere considerati come patognomoni della dentizione stessa, e ogni altra possibile causa va presa in considerazione (Tighe M, *Arch Dis Child* 2007;92:266-68).

Infezione da *Mycoplasma*, sindrome di Stevens-Johnson atipica e ... casi indimenticabili. La sindrome di Stevens-Johnson è caratterizzata dalla presenza del classico eritema a bersaglio con tendenza a evoluzione bollosa e da mucosite grave presente in almeno due sedi. Questa condizione, caratterizzata sul piano isto-

logico da una vasculite dei piccoli vasi, può conseguire all'assunzione di farmaci (notissimo è l'esempio del co-trimoxazolo) o a infezioni da parte di diversi agenti, in particolare da *Mycoplasma pneumoniae*. Negli ultimi mesi abbiamo osservato due casi di polmonite atipica da *Mycoplasma pneumoniae* (diagnosi eziologica basata sulla presenza di IgM specifiche), seguita da una mucosite orale grave isolata, senza le tipiche lesioni cutanee (sindrome di Stevens-Johnson atipica?) e a lenta risoluzione. Mucosite orale di tale gravità che si è imposto anche un breve periodo di nutrizione parenterale per l'assoluta impossibilità delle due bambine di assumere qualsiasi tipo di cibo per os. Come spesso capita quando si pensa di aver visto una cosa "nuova", la si ritrova bella e pronta nella letteratura del giorno dopo. E sul numero di aprile di *Pediatrics* (Ravin KA, 2007; 119: e1002-e1005) vengono riportati tre casi di sindrome di Stevens-Johnson atipica conseguenti a infezione da *Mycoplasma*, caratterizzati da grave mucosite orale senza altre manifestazioni cutanee. In questi casi la diagnosi di infezione da *Mycoplasma* era stata confermata con la tecnica della PCR su saliva. Casi interessanti perché atipici e istruttivi (e perché anche danno prova della validità di un nuovo test diagnostico per le infezioni da *Mycoplasma*). Casi semplici forse, ma comunque indimenticabili. Casi che ci servono a richiamare la vostra attenzione fin da adesso sull'incontro di Vicenza dell'anno prossimo (Casi indimenticabili in Pediatria ambulatoriale, Vicenza, 8 febbraio 2008). Non dimenticate di inviare fin da adesso il vostro caso indimenticabile: una paginetta a ventura@burlo.trieste.it.



Mucosite orale isolata e severa come unica complicanza di polmonite da *Mycoplasma pneumoniae* (F. Marchetti, osservazione personale).